

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	Enero
Nombre	Sharyn Stephanie Echaurren Echagüe.
RUT	
Profesión	Psicóloga.
Departamento	Desarrollo Local.
Programa Social	Intermediación y Capacitación Laboral 2026 - 2027.
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario.
Actividad Especifica	Orientación laboral y vocacional en temáticas de empleabilidad, promoviendo el desarrollo de habilidades y el fortalecimiento laboral de los vecinos y vecinas.

Actividades efectuadas en el mes:

Orientaciones laborales individuales; lo cual incluye corrección curricular y plataformas laborales, desarrollo de entrevista psicolaboral y revisión de estrategias de búsqueda de empleo para beneficiarios de OMIL (mediante video llamadas vía teams de 45 min o presencial).
Registros de atenciones en plataformas electrónicas internas y Bolsa Nacional de Empleo.
Entrevistas psicolaborales a postulantes al registro de asesoras del hogar y cuidadora de adulto mayor.
Gestión y participación en charla de empleabilidad de construcción de currículum.
Atención al público, brindando apoyo personalizado en la postulación y manejo del portal de empleo lascondes.omil.cl.
Derivación de usuarios a programas municipales complementarios para asegurar un apoyo integral.
Programar la reunión de coordinadores de la red sur oriente correspondiente del mes.
Participación en reuniones con empresas para la coordinación de actividades futuras.

Firma prestador de los servicios	STEPHANIE ECHAURREN
----------------------------------	---------------------

El jefe del Departamento de Desarrollo Local (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que la Srta. **Sharyn Stephanie Echaurren Echagüe**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **enero de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al **Programa Intermediación y Capacitación Laboral 2026 - 2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **enero de 2026**; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la Srta. **Sharyn Stephanie Echaurren Echagüe**.

Nombre Jefe de Departamento (S)	Carmen Gutiérrez Ramírez
Firma y timbre Jefe de Departamento (S)	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

CAROLINA CONTRERAS BERRIOS