

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

|            |              |
|------------|--------------|
| <b>Mes</b> | <b>JUNIO</b> |
|------------|--------------|

|                      |                                                                 |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Nombre               | ISABEL COLLIO HUINCAHUAL                                        |
| RUT                  |                                                                 |
| Profesión            |                                                                 |
| Departamento         | DE PROGRAMAS SOCIALES                                           |
| Programa Social      | APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE 2026-2027 |
| Período del Contrato | 01/06/2026-30/09/2026                                           |
| Actividad Genérica   | ASISTENTE TECNICO                                               |
| Actividad Específica | ASISTENTE TECNICO PARA EL ALBERGUE MUNICIPAL                    |

Actividades efectuadas en el mes:

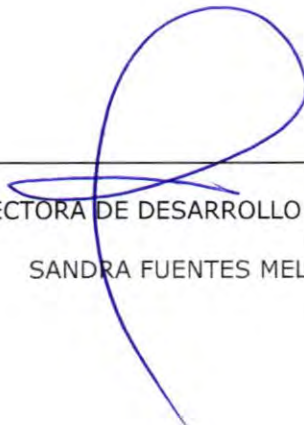
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Ingreso y evaluación Inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se realizó valoración del estado en que se encontraba el participante, si tiene o no de consumo de sustancias ilícitas u/ alcohol.</li><li>Se revisaron pertenencias de los participantes al momento del ingreso.</li><li>Se leyó y se explicó el consentimiento informado</li></ul>                                                                                                                                                                                                    |
| <b>2. Gestión cotidiana y organización</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se asignaron y se realizó seguimiento a las labores diarias de los participantes (limpieza de módulos, áreas comunes, entre otros).</li><li>Se visualizó y procuró la higiene personal de los participantes en el recinto.</li><li>Entregamos prestaciones básicas (vestimenta, alimentos, medicamentos según esquema farmacológico entregado por CESFAM, entre otros).</li><li>Ordenamos bodegas e insumos de uso diario.</li><li>Realizamos aseo de los espacios propios</li></ul> |
| <b>3. Acompañamiento y contención</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se conversó con el participante respecto a su condición general actual.</li><li>Se realizaron actividades recreativas y/o formativas con los participantes, durante los turnos correspondientes</li><li>Verbalizamos constantemente la normativa vigente como refuerzo de la convivencia.</li><li>Resolví e informe sobre situaciones problemáticas y/o específicas (consumo, discusiones, conflictos, etc.).</li><li>.</li></ul>                                                         |
| <b>4. Comunicación y gestión con redes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se dio respuesta a canales de comunicación (correo electrónico, mensajería u otros), según requerimiento.</li><li>Se mantuvo comunicación telefónica con Seguridad Pública, CESFAM u otras redes de emergencia cuando fue necesario.</li><li>Se informó oportunamente sobre deterioro o escasez de insumos.</li></ul>                                                                                                                                                                |
| <b>5. Registro y documentación</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ingresé información en planillas del programa.</li><li>Elaboré y entregué los informes que sean solicitados.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>6. Emergencias</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Di respuesta e indicaciones frente a situaciones de emergencia que se presentaron.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                  |                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Firma prestador de los servicios |  |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

El jefe de Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **ISABEL COLLIO HUINCAHUAL**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **JUNIO 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 **APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS SITUACION CALLE 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 **JUNIO 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/el Sra./Sr. **ISABEL COLLIO HUINCAHUAL**.

|                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Jefe de Departamento         | Soledad Agurto Muller                                                               |  |
| Firma y timbre Jefe de Departamento |  |                                                                                       |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO