

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	YALLEL ANDRÉS ROSSI LEIVA
RUT	
Profesión	INGENIERÍA EN MARKETING
Departamento	DEPTO. DE PERSONAS MAYORES/ CIRCULO DE ENCUENTRO EL CANELO
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO DEL 2025 A 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
Función Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNIATRIO
Función Especifica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS ADULTOS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: AGOSTO

ATENCION A PÚBLICO PRESENCIAL, TELEFÓNICO, CORREOS Y WHATSAPP
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE.
INSCRIPCIÓN A DIFERENTES ACTIVIDADES DEL CÍRCULO, TALES COMO FIESTA TEMÁTICA, EVALUACIÓN AUDITIVA, VISITA GUIADA, TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES, ENTRE OTROS.
APOYO EN LA ELABORACIÓN DE ESTADÍSTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL MES
APOYO TELEFÓNICO PARA INGRESO AL CAMPUS LAS CONDES
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES (FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS, ENTRE OTROS)
ACTUALIZACIÓN CARPETAS PROFESORES ACTIVIDAD FÍSICA (CERTIFICADOS MÉDICOS)
ENTREGAS DE MATERIAL COGNITIVO PARA TALLERES DE ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA IMPARTIDAS EN EL MES DE AGOSTO

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

El jefe del Departamento de Personas Mayores (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Yallel Andrés Rossi Leiva**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo con el respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Envejecimiento Activo y Saludable 2025**

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **agosto de 2025**; 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. **Yallel Andrés Rossi Leiva**

Nombre jefe de Departamento (S)	CARMEN ARIAS CASTRO
Firma y timbre jefe de Departamento (S)	


VºB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

