

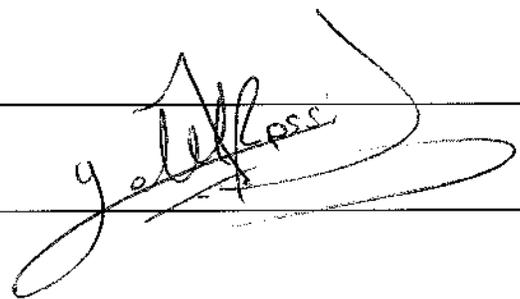
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

| | |
|------------|--------------|
| Mes | JULIO |
|------------|--------------|

| | |
|----------------------|---|
| Nombre | YALLEL ANDRÉS ROSSI LEIVA |
| RUT | [REDACTED] |
| Profesión | INGENIERÍA EN MARKETING |
| Departamento | DEPTO. DE PERSONAS MAYORES |
| 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 COMUNITARIO |
| Función Específica | APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS ADULTOS MAYORES |

Actividad es efectuadas en el mes:

| |
|--|
| ATENCIÓN 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: TALLERES NUEVOS AGOSTO Y SEPTIEMBRE. OPERATIVOS OFTALMOLÓGICO, AUDITIVO Y VISITAS GUIADAS. |
| ELABORACIÓN DE ESTADÍSTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL MES DE JULIO. |
| 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) RENOVACIÓN DE PLANILLA DE ASISTENCIA AGOSTO A NOVIEMBRE |
| ENTREGAS DE MATERIAL COGNITIVO PARA TALLERES DE ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA IMPARTIDAS EN EL MES DE JULIO |

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

La Directora de Desarrollo Comunitario, Carolina Contreras Berríos, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **YALLEL ANDRES ROSSI LEIVA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al 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 **JULIO** 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 ANDRES ROSSI LEIVA**.

| | |
|--|--|
| Nombre Directora de Desarrollo Comunitario | Carolina Contreras Berríos |
| Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario |   |

Las Condes, JULIO mes de 2025 año

