

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2025.**

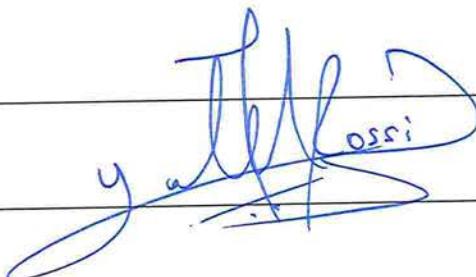
Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	YALLEL ANDRES ROSSI LEIVA
RUT	[REDACTED]
Profesión	INGENIERO EN MARKETING
Departamento	PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025
Período del Contrato	01 DE ENERO DEL 2025 A 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
Actividad Genérica	AUXILIAR TECNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS ADULTOS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes:

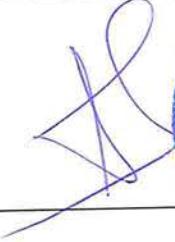
LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES PRESENCIALES Y ONLINE EN SISTEMA SOCIAL Y/O PLATAFORMA ONLINE RESPECTIVAMENTE.
APOYO EN EL INGRESO DE PRESTACIONES MENSUALES A SISTEMA ATS
ATENCIÓN DIARIA A PÚBLICO MODALIDAD PRESENCIAL, TELEFÓNICO, VÍA MAIL Y WHATSAPP.
INSCRIPCIÓN Y COLABORACIÓN A DIFERENTES ACTIVIDADES DEL CÍRCULO: ENTREGA ENTRADAS TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES, CAMINATAS, VISITAS GUIADAS. ACOMPAÑAMIENTO FINALISTA TALENTO MAYOR
ELABORACIÓN DE ESTADÍSTICAS MENSUALES DE ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL MES
ARCHIVO DIARIO DOCUMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE TALLERES: FICHA DE INSCRIPCIÓN, RENUNCIAS Y LLAMADOS TELEFÓNICOS
ACTUALIZACIÓN CERTIFICADOS MÉDICOS CARPETAS PROFESORES ACTIVIDAD FÍSICA
ENTREGAS DE MATERIAL COGNITIVO PARA TALLERES DE ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA IMPARTIDAS EN EL MES DE OCTUBRE.

Firma prestador de los servicios



El jefe del Departamento de Personas Mayores, 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** [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **octubre de 2025**, a la prestación de servicios 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 prestación de servicios objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscripto, 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 **octubre 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 Jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	 




V°B DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes, OCTUBRE 2025
mes de año