

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

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	YALLEL ANDRÉS ROSSI LEIVA
RUT	██████████
Profesión	████████████████████
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027
Período del Contrato	01 DE ENERO A 31 DE DICIEMBRE DEL 2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	APOYAR EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL DESARROLLO DE TALLERES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: ABRIL

Atender y canalizar requerimientos de personas mayores a través de canales presenciales y plataformas virtuales, asegurando una resolución eficiente de sus solicitudes.
Brindar soporte en el proceso de inscripción digital para el Programa de Subsidio Económico de tratamientos y atenciones médicas en la Clínica Cordillera.
Registrar retiros y nuevos inscritos en carpetas de talleres para la ejecución programática del ciclo 2026.
Consolidar mensualmente las estadísticas de atención y participación del Círculo El Canelo, mediante el procesamiento de registros internos, digitalización de respaldos y resguardo en el archivo institucional.
Actualizar el registro oficial de delegados y subdelegados correspondientes al periodo 2026.

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

El jefe de 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 ANDRÉS ROSSI LEIVA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL 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 **ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 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 **ABRIL 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. **YALLEL ANDRÉS ROSSI LEIVA**.

Nombre Jefe de Departamento	MARÍA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	




VºB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026
mes año