

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

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

Nombre	YALLEL ANDRES ROSSI LEIVA
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
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: AGOSTO

ATENDER Y CANALIZAR DIVERSAS SOLICITUDES DE PERSONAS MAYORES DE MANERA PRESENCIAL, TELEFÓNICA O VÍA EMAIL.
ASISTIR EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN ONLINE PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO ECONÓMICO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ATENCIONES EN LA CLÍNICA CORDILLERA.
APOYAR EN EL INGRESO ESTADÍSTICO MENSUAL, EN LA PLATAFORMA SOCIAL, CON LA HERRAMIENTA ATS DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES, ESPECÍFICAMENTE EN EL CÍRCULO EL CANELO.
APOYAR EN LA INSCRIPCIÓN Y ORIENTACIÓN DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES DEL MES A EL TALLER AUDITIVO DE SALUD, VISITA GUIADA TOUR LAS CONDES, CHARLA MES DEL CORAZÓN, ENTRADAS PARA EL TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES Y ANIVERSARIO CORO EL CANTAR DE LAS CONDES.
APOYAR SEMANALMENTE A PROFESORES DEL ÁREA ESTIMULACIÓN COGNITIVA MATERIAL PARA EL DESARROLLO DE SUS TALLERES.
REALIZACIÓN DE CARPETAS DEL SEGUNDO SEMESTRE DE TODOS LOS PROFESORES, PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA, REGISTRO DE ASISTENCIA, PAUTA DE CONTENIDO Y TALLER SUSPENDIDO.

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 **AGOSTO 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 **AGOSTO 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	


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO