

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

Mes	JULIO
-----	-------

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: JULIO

ATENDER Y CANALIZAR SOLICITUDES DE PERSONAS MAYORES POR MEDIOS FÍSICOS Y VIRTUALES.
ASISTIR EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN ONLINE PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO ECONÓMICO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ATENCIONES EN LA CLÍNICA CORDILLERA.
REVISIÓN CERTIFICADOS MÉDICOS PARA LA EJECUCIÓN DEL TOTAL DE TALLERES DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL RECINTO.
REGISTRO PARTICIPANTES EN LAS DIVERSAS ACTIVIDADES DEL MES EN LA PLATAFORMA SOCIAL CON LA HERRAMIENTA ATS. POSTERIORMENTE SCANEADA PARA ARCHIVO CÍRCULO.
APOYO EN LA INSCRIPCIÓN DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES DEL MES. TALES COMO: OPERATIVO AUDITIVO DE SALUD, PASEO POR EL DÍA CAJÓN DEL MAIPO, VISITA GUIADA AL MÚSEO HISTORICO, CHARLA Y MOVIMIENTO EN EL BIENESTAR DE PERSONAS MAYORES.
COORDINAR SEMANALMENTE CON PROFEORES DEL ÁREA ESTIMULACIÓN COGNITIVA MATERIAL PARA EL DESARROLLO DE SUS TALLERES.

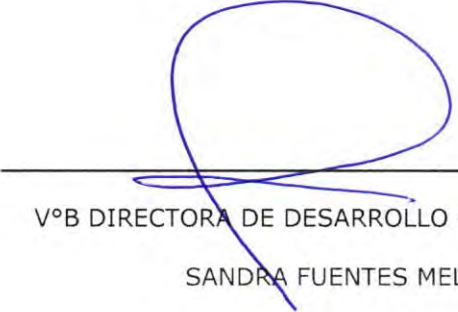
Firma prestador de los servicios

[Handwritten signature: Yallel Rossi]

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: XXXXXXXXXX dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO 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 **JULIO 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	



V°B DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO