

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	OSORIO BUSTOS FRANCISCA		
RUT		Período del Contrato	01/06 - 30/11 2025

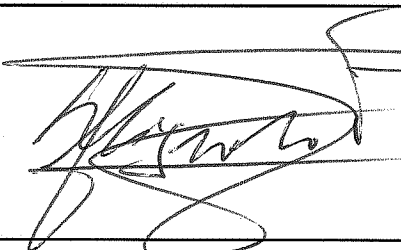
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACIÓN COGNITIVA BÁSICO	MIE 16:00-18:00	---		5
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	El taller ha estado orientado al fortalecimiento de habilidades cognitivas como la memoria, atención, lenguaje, orientación temporal y razonamiento, mediante actividades estructuradas y significativas. Cada sesión comienza con ejercicios de orientación a la realidad, donde los participantes identifican la fecha actual (día, mes, año), reforzando la orientación temporal y espacial. A continuación, se comentan noticias contingentes, lo que estimula la memoria reciente, la atención sostenida y el lenguaje expresivo, además de promover la interacción social. Luego, se introduce una palabra clave (color, objeto, animal, etc.) que los asistentes deben recordar hasta finalizar la sesión, trabajando así la memoria de trabajo y la retención de información. Se llevaron a cabo diversas intervenciones orientadas a la estimulación cognitiva, la memoria y el bienestar emocional de los participantes. Entre las principales actividades destacan: -Dinámica de reminiscencia basada en dichos y refranes, utilizando material audiovisual para favorecer la evocación de recuerdos y estimular tanto la memoria autobiográfica como la semántica. -Intervención de reminiscencia musical y literaria, mediante canciones del recuerdo y poemas, orientada a estimular la memoria autobiográfica y emocional. Se empleó material audiovisual para favorecer la evocación de experiencias significativas, potenciando a su vez el lenguaje expresivo, la atención y el bienestar emocional. -Resolución de adivinanzas con apoyo visual y sonoro, promoviendo el razonamiento lógico, la comprensión verbal y la atención sostenida. -Trivia de cultura general, desarrollada en dos sesiones. En la primera, se abordaron dinámicas eventos deportivos, acontecimientos nacionales y catástrofes, mientras que en la segunda se trabajaron temas relacionados con culturales y del espectáculo. Esta actividad tuvo como objetivo fortalecer la memoria semántica, la evocación de información y la participación activa de los asistentes. Al cierre, se recupera la palabra entregada al inicio para evaluar la memoria diferida, cerrando con una breve retroalimentación grupal.
T.2	
T.3	
T.4	
T.5	

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

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. OSORIO BUSTOS FRANCISCA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 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 AGOSTO 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. OSORIO BUSTOS FRANCISCA .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Estimulación Cognitiva	LUGAR DE EJECUCION Junta de Vecinos La Castilla
NOMBRE DEL PROFESOR Francisca Chorro Bustos	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Miércoles 16:00 - 18:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Lopez Cuivieros Alina		U	U	P	P	P	P	/	U	P	P	U	P								
2 Vasquez Vasquez Maria Berni		P	P	P	P	P	U	/	U	U	U	P	U								
3 Ayala Santibañez Nancy		P	P	P	P	P	U	/	P	U	P	U	P								
4 Guzman Gonzalez Maria Ester		P	P	U	P	P	U	/	P	U	U	U	U								
5 Luero Jimenez Rosa		P	P	U	U	U	P	/	U	U	U	P	P								
6 Guzmardo Leyton Maria Margarita		P	P	U	P	P	P	/	P	P	P	P	P								
7 Cassis Flores Odilinda		J	P	P	P	P	P	/	P	P	P	U	P								
8 Rios Cordero Julia		U	U	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P								
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION	15	16	15	15	17	16	15	15	14												
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN



MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Taller Estimulación Cognitiva

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.







[Handwritten signature]