

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES AÑO 2025.

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

Nombre	LUIS ALFREDO PINO SANDOVAL
RUT	
Profesión	GASTRÓNOMO
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	1 DE MARZO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025
Función Genérica	PROFESOR TALLER TERAPÉUTICO DE GASTRONOMÍA
Función Específica	PROFESOR TALLER TERAPÉUTICO DE GASTRONOMÍA

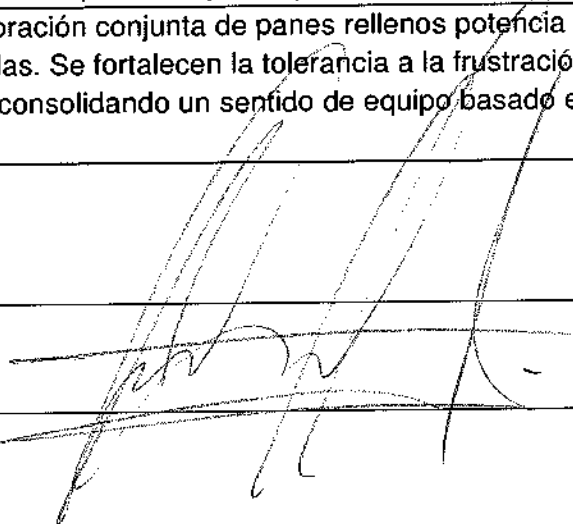
Actividad es efectuadas en el mes:

Elaboración de Torta de Hojarasca con Manjar y Merengue. Se integran técnicas de amasado y uslereado, favoreciendo la cooperación y el respeto por los roles asignados. Esta preparación estimula tareas de lógica secuencial, motricidad gruesa y fina, refuerza la comunicación asertiva, la organización grupal y la satisfacción del logro colectivo en la elaboración de un producto complejo.

Trabajo Masa de Hoja con Levadura Rellena con Crema Pastelera. El trabajo conjunto en el laminado y relleno estimula la coordinación y comunicación grupal como también la resolución de imprevistos en la elaboración del producto fomentando la flexibilidad cognitiva, la paciencia y la confianza mutua, fortaleciendo vínculos a través de un objetivo común que requiere precisión, cuidado y adaptación constante.

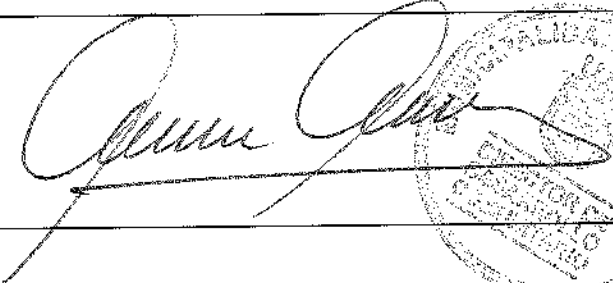
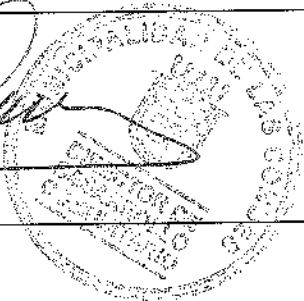
Elaboración de galletas con Mermelada casera. La preparación del producto promueve la planificación compartida, el respeto por turnos y la valoración de las ideas diversas para un fin común. Se desarrollan habilidades de negociación y cooperación, estimulando la creatividad colectiva y la satisfacción compartida ante resultados que requieren precisión y trabajo coordinado.

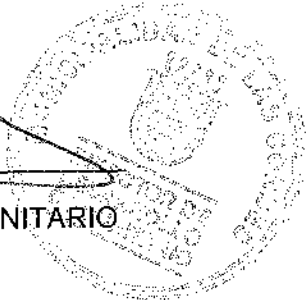
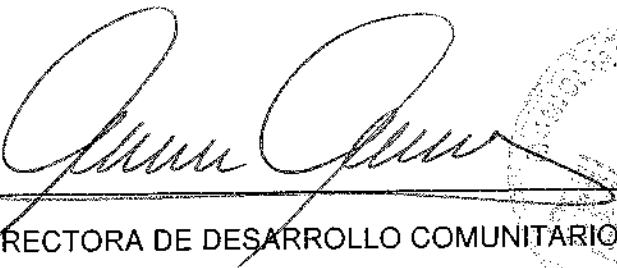
Panes de Cebolla y Queso. La elaboración conjunta de panes rellenos potencia la comunicación efectiva y la toma de decisiones consensuadas. Se fortalecen la tolerancia a la frustración y la capacidad de ajuste ante variaciones en la masa, consolidando un sentido de equipo basado en la confianza, el apoyo mutuo y el logro compartido.

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

DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Luis Alfredo Pino Sandoval**, 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 **Apoyo a Personas con Discapacidad 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 **Luis Alfredo Pino Sandoval**.

Directora Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora Desarrollo Comunitario	 



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

