

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

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

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

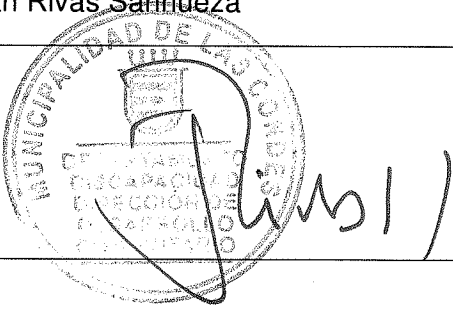
Actividad es efectuadas en el mes:

Elaboración de Torta de Hojarasca se integran conocimientos previos en técnicas de amasado, uslereado y cocción, promoviendo la colaboración activa y el esfuerzo sostenido en un desafío grupal. Esta actividad fortalece la perseverancia, el sentido de pertenencia y el reconocimiento del aporte individual en una tarea de mayor complejidad, valorando la superación personal.
Trabajo en elaboración de panes, el objetivo es que, a través de la exploración táctil de masas levadas, se potencia el autoconocimiento sensorial, favoreciendo la conexión entre cuerpo, percepción y significado. Se estimulan habilidades de observación, discriminación sensorial y vocabulario descriptivo, permitiendo que la experiencia concreta fortalezca aprendizajes funcionales y comunicativos.
Elaboración de Kuchen de Manzana trabajamos la adaptación ante cambios y la resolución de problemas prácticos durante la preparación, fomentando la toma de decisiones colectivas. Se refuerzan habilidades ejecutivas, autodeterminación y pensamiento flexible mediante desafíos intencionados que permiten planificar, ajustar y reflexionar sobre el proceso y los aprendizajes obtenidos.
La elaboración de Mermelada de Alcayota permite trabajar la coordinación motriz fina y gruesa mediante el deshilado de la fruta, fomentando la paciencia, la constancia y el respeto por los tiempos de cocción prolongados. Se estimula el pensamiento secuencial, la memoria de trabajo y la construcción de identidad cultural a través del rescate de recetas tradicionales, promoviendo vínculos afectivos con la experiencia sensorial.

Firma prestador de los servicios

El jefe(S) del Departamento de Discapacidad, 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 **julio 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 **julio** 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**.

Nombre Jefe (S) Departamento	Juan Rivas Sanhueza
Firma y timbre Jefe (S) Departamento	

Las Condes,

Julio

mes

de

2025

año