



**LAS CONDES**  
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**

**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

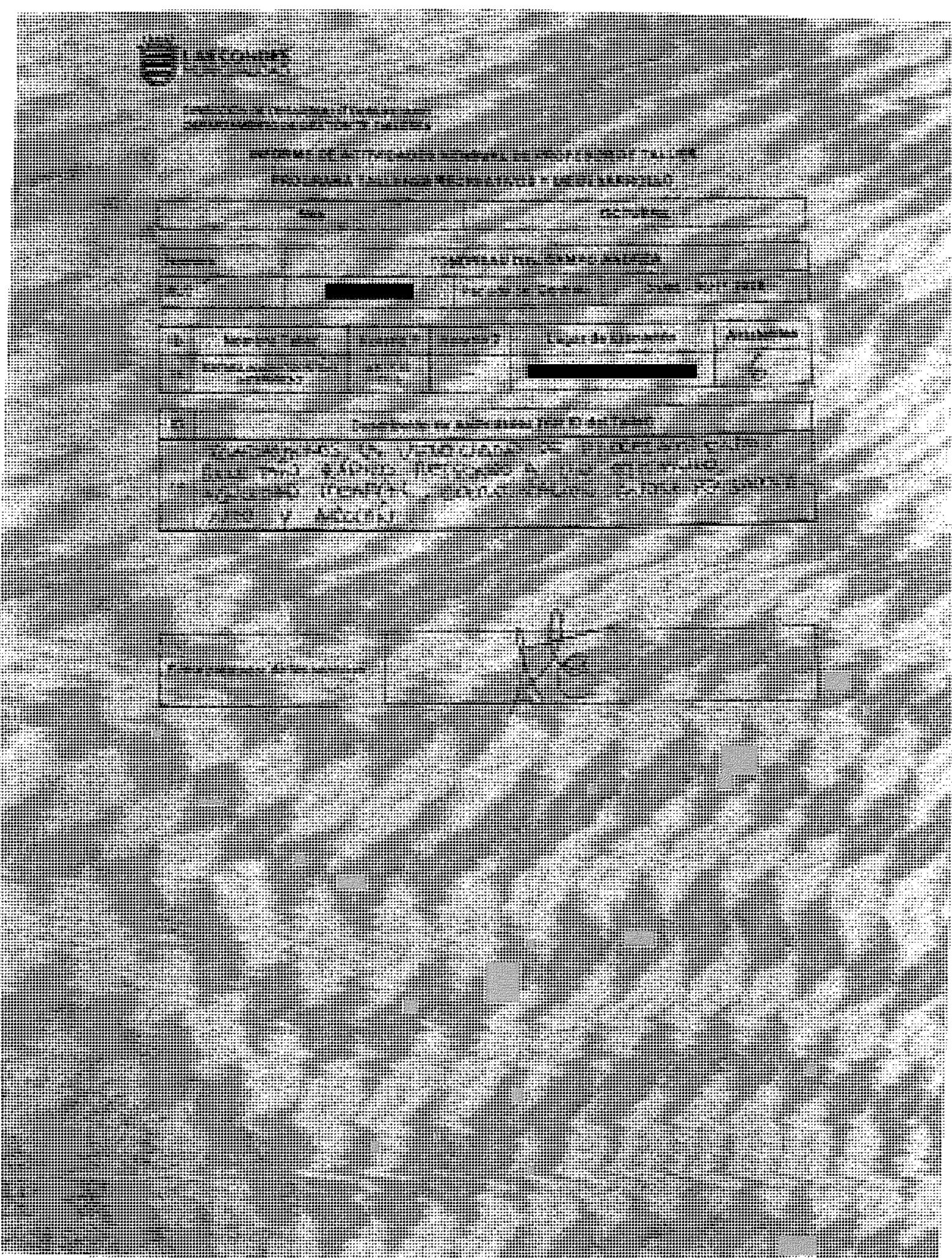
Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	<b>TONDREAU DEL CAMPO ANDREA</b>	
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato 01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BÁSICO	MAR 11:00-13:00	-	[REDACTED]	6
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BÁSICO	LUN 11:00-13:00	-	[REDACTED]	8
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BÁSICO	JUE 11:15-13:15	-	[REDACTED]	6
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA BÁSICO	JUE 14:00-16:00	-	[REDACTED]	6
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	LUN 15:00-17:00	-	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	TRABAJAMOS LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO : QUE TAN RÁPIDO SE RESPONDE A UN ESTÍMULO, AGILIDAD MENTAL, COORDINACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y ACCIÓN.
T.2	TRABAJAMOS LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO : QUE TAN RÁPIDO RESPONDE A UN ESTÍMULO, AGILIDAD MENTAL, COORDINACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y ACCIÓN.
T.3	TRABAJAMOS LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO, QUE TAN RÁPIDO RESPONDE A UN ESTÍMULO, AGILIDAD MENTAL, COORDINACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y ACCIÓN.
T.4	TRABAJAMOS LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO, QUE TAN RÁPIDO RESPONDE A UN ESTÍMULO, AGILIDAD MENTAL, COORDINACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y ACCIÓN.
T.5	TRABAJAMOS LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO, QUE TAN RÁPIDO RESPONDE A UN ESTÍMULO. AGILIDAD MENTAL, COORDINACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y ACCIÓN.

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. TONDREAU DEL CAMPO ANDREA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes OCTUBRE 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 OCTUBRE 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. TONDREAU DEL CAMPO ANDREA.

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

Las Condes, OCTUBRE  
mes de 2025 año