



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	MUÑOZ GONZALEZ CONSTANZA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 10:30-12:30	---	VITAL APOQUINDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 105	5
T.2	USO DE CELULARES BASICO	MIE 10:00-12:00	---	SOR LAURA ROSA 253	*4
T.3	USO DE CELULARES BASICO	VIE 09:15-11:15	---	SOR LAURA ROSA 253	*2

*La asistencia se ve interferida en ambos grupos 1) por condiciones de salud y feriado hubo menos actividades en las primeras semanas de Septiembre -clases en recuperación-, 2) hay inasistencias justificadas por temas de salud de alumnos, 3) hay inasistencias justificadas por vacaciones de alumnos

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Actividades de mesa dirigidas a atención sostenida, memoria reciente y remota, orientación visoespacial, reminiscencia, socialización, entre otros.
T.2	Consultas de uso cotidiano, Repaso, Búsqueda de tutoriales de recetas en Youtube. Celebración Fiestas Patrias
T.3	Consultas uso cotidiano. Repaso. Memoria en la nube (Gmail/Google), estrategias de liberación de información.

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

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres(S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. MUÑOZ GONZALEZ CONSTANZA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes SEPTIEMBRE 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 SEPTIEMBRE 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. MUÑOZ GONZALEZ CONSTANZA.

Nombre Jefe de Departamento(S)	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe de Departamento(S)	

Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025
mes año