



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	TONDREAU DEL CAMPO ANDREA		
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	MAR 11:00-13:00	---	COLICHEO 1985	6
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 11:00-13:00	---	REINA ASTRID 880	7
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 11:15-13:15	---	GLAMIS 3404	5
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 14:00-16:00	---	GLAMIS 3404	5
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	LUN 15:00-17:00	---	ROSA OHIGGINS 54	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	TRABAJAMOS EN LOS DIFERENTES TIPO DE MEMORIA, CORTO, LARGO PLAZO, DE TRABAJO, RETENCIÓN DE INSTRUCCIONES, MEMORIA AUTOBIOGRAFICA Y SENSORIAL.
T.2	TRABAJAMOS EN DIFERENTES TIPO DE MEMORIA, CORTO Y LARGO PLAZO, DE TRABAJO, RETENCIÓN DE INSTRUCCIONES, AUTOBIOGRAFICA Y SENSORIAL.
T.3	TRABAJAMOS EN DIFERENTES TIPO DE MEMORIA, CORTO Y LARGO PLAZO, DE TRABAJO, RETENCIÓN DE INSTRUCCIONES, AUTOBIOGRAFICA Y SENSORIAL.
T.4	TRABAJAMOS EN DIFERENTES TIPO DE MEMORIA, CORTO Y LARGO PLAZO, DE TRABAJO, RETENCIÓN DE INSTRUCCIONES, AUTOBIOGRAFICA Y SENSORIAL.
T.5	TRABAJAMOS EN DIFERENTES TIPO DE MEMORIA, CORTO Y LARGO PLAZO, DE TRABAJO, RETENCIÓN DE INSTRUCCIONES, AUTOBIOGRAFICA Y SENSORIAL.

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



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	TONDREAU DEL CAMPO ANDREA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	TRABAJAMOS EN DIFERENTES TIPO DE MEMORIA, COMO A LARGO PLAZO, DE TRABAJO, RETENCIÓN DE INSTRUCCIONES AUTOBIOGRAFICA X SENSORIAL.

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 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. TONDREAU DEL CAMPO ANDREA.

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

Las Condes,

SEPTIEMBRE

mes

de

2025

año