


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

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	ROJAS MORAGA GILDA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PENSAMIENTO POSITIVO	JUE 11:00-13:00	---	NEVERIA 4698	6
T.2	PENSAMIENTO POSITIVO	MAR 11:00-13:00	---	NEVERIA 4698	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>. Diagnóstico del grupo, en relación a la edad y a la etapa que están viviendo .Descripción y conversación de los cambios psicológicos y emocionales de esta etapa. Las actividades fueron desarrolladas con el objetivo de conocerles y poder trabajar en sus aprendizajes, logros , pérdidas y habilidades. Se realiza "la línea de mi vida", con el fin de construir una narrativa positiva de su propia vida.</p> <p>Se reflexiona al respecto compartiendo vivencias muy personales como duelos que constituyen un material de trabajo a futuro.</p> <p>Excelente motivación del grupo a trabajar y compartir.</p>
T.2	<p>Se revisaron las prioridades que tienen en este grupo, en la vida presente. Es un grupo etéreo mayormente adultos mayores, lo que permitió revisar la etapa de la madurez, las crisis evolutivas como oportunidades de crecimiento. Se revisan las crisis como momentos de transformación.</p> <p>Excelente clima de trabajo, reconociendo con confianza las experiencias tanto positivas como adversas.</p>

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. ROJAS MORAGA GILDA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes ABRIL de 2026, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2026.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de ABRIL de 2026; 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. ROJAS MORAGA GILDA .

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


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO


Las Condes, ABRIL de 2026
mes de año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

