

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

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	CABELLO MUSSA SUSANA		
RUT		Período del Contrato	17/07 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TALLER SOCIOEMOCIONAL	MIE 11:00-13:00	—	APOQUINDO 9082 CAM LOS DOMINICOS	9

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizaron actividades de activación cerebral e integración interhemisférica mediante ejercicios de movimientos disociados con las manos. Asimismo, se trabajó el fortalecimiento de la autoestima a través de la dinámica "El árbol de la autoestima", utilizando ejercicios vivenciales y escritos para identificar redes de apoyo, valores personales, creencias positivas sobre sí mismo/a, experiencias significativas de crecimiento, fortalezas desarrolladas y habilidades adquiridas a lo largo de la vida. Estas actividades favorecieron el autoconocimiento y el reconocimiento de recursos personales.

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

El jefe (S) 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. CABELLO MUSSA SUSANA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 AGOSTO 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. CABELLO MUSSA SUSANA .

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

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año