

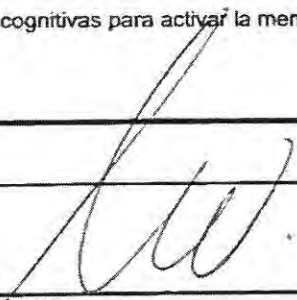
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	BARAYON RAMIREZ PAULA		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MINDFULNESS BASICO	LUN 18:30-20:30	—	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	9
T.2	TEJIDO A CROCHET BASICO	MAR 10:00-12:00	—	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	9
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 11:00-13:00	—	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8
T.4	MINDFULNESS	LUN 11:00-13:00	—	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	7
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	VIE 10:00-12:00	—	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabaja en dinámicas y meditaciones enfocadas en la atención plena, orientado al desarrollo y crecimiento personal, entregándoles herramientas para su vida diaria.
T.2	Se trabaja en la elaboración y confección de chalecos, suéter, cárdigan, blusas, accesorios, mantas, granny, entre otros, donde cada alumna realiza el proyecto de su interés
T.3	Se trabaja el fortalecimiento de las funciones cognitivas para activar la memoria, la atención y la concentración, para mejorar la calidad de vida
T.4	Se trabaja en dinámicas y meditaciones enfocadas en la atención plena, orientado al desarrollo y crecimiento personal, entregándoles herramientas para su vida diaria
T.5	Se trabaja el fortalecimiento de las funciones cognitivas para activar la memoria, la atención y la concentración, para mejorar la calidad de vida

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

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	BARAYON RAMIREZ PAULA		
RUT	██████████	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

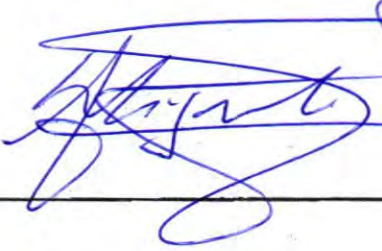
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 15.00-17.00	—	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	8
T.7	MINDFULNESS MEDITACION BASICO	VIE 15.30-17.30	—	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	7
T.8	TEJIDO A CROCHET BASICO	MIE 11.00-13.00	—	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	8

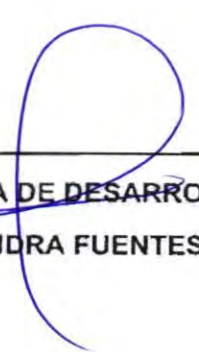
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se trabaja el fortalecimiento de las funciones cognitivas para activar la memoria, la atención y la concentración, para mejorar la calidad de vida
T.7	Se trabaja en dinámicas y meditaciones enfocadas en la atención plena, orientado al desarrollo y crecimiento personal, entregándoles herramientas para su vida diaria
T.8	Se trabaja en la elaboración y confección de chalecos, suéter, cárdigan, blusas, accesorios, mantas, granny, entre otros, donde cada alumna realiza el proyecto de su interés

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. **BARAYON RAMIREZ PAULA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **JUNIO** 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **JUNIO** 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 Sr.a./Sr. **BARAYON RAMIREZ PAULA**.

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO





LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

_____ mes

de

_____ año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN: REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO.

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.