

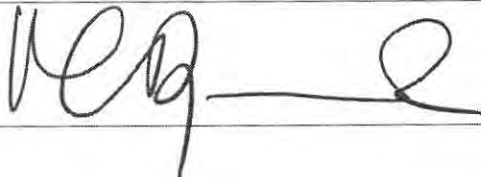
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	Marzo
-----	-------

Nombre	AGUIRRE ARIAS MARIA CRISTINA		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	16/03 - 30/11 2026



ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	LUN 09:00-11:00	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	12
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 11:30-13:30	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Contenido: Funciones cognitivas: atención, memoria, percepción, lenguaje, pensamiento y cálculo.</p> <p>Actividades: Entrega y resolución guía para desarrollarla colectivamente durante la clase. Se incorporan actividades de pensamiento a través de imágenes de PowerPoint para ser conversadas y resueltas grupalmente</p>
T.2	<p>Contenido: Funciones cognitivas: atención, memoria, percepción, lenguaje, pensamiento y cálculo.</p> <p>Actividades: Entrega y resolución guía para desarrollarla colectivamente durante la clase. Se incorporan actividades de pensamiento a través de imágenes de PowerPoint para ser conversadas y resueltas grupalmente</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. AGUIRRE ARIAS MARIA CRISTINA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes Marzo 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 Marzo 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. AGUIRRE ARIAS MARIA CRISTINA .

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

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

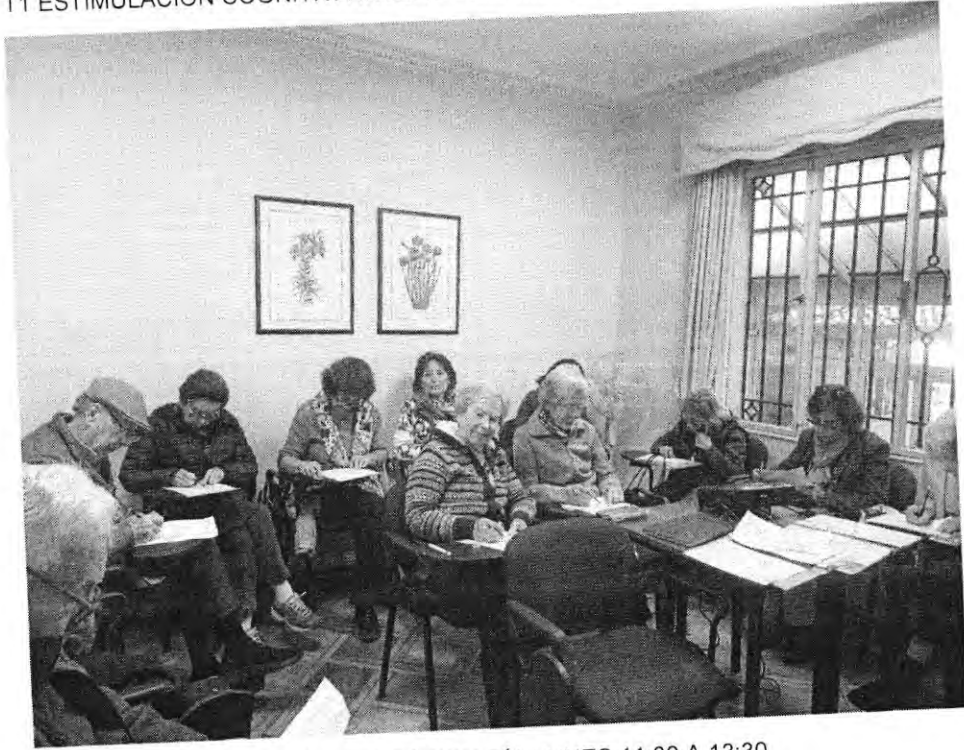


Las Condes, Marzo de 2026
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T1 ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO Día: Lunes 9:00 a 11:00



T2 ESTIMULACION COGNITIVA BÁSICO DÍA LUNES 11:30 A 13:30

