

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

Mes	Marzo
Nombre	LAGAZZI ARAVENA NORMA
RUT	██████████
Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

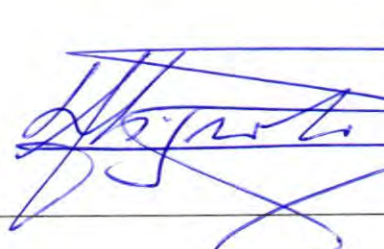

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	VIE 11.30-13.30	---	SOR LAURA ROSA 253	5
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 15.00-17.00	---	CHARLES HAMILTON 301	4
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MIE 15.00-17:00	---	CAMINO EL ALBA 8990	5
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA	VIE 09:00-11:00	---	APOQUINDO 9082 CAM LOS DOMINICOS	7

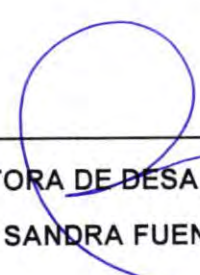
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabajan capacidades perceptivas y de organización mediante ejercicios de palabras cruzadas y sopas alfanuméricas fortaleciendo atención y concentración.
T.2	Se trabajan capacidades verbales mediante ejercicios de vocabulario y ortografía a través de sopas de letras y palabras incompletas.
T.3	Se trabajan capacidades verbales mediante ejercicios de vocabulario y ortografía a través de sopas de letras y palabras incompletas.
T.4	Se trabajan capacidades perceptivas y de organización mediante ejercicios de palabras cruzadas y sopas alfanuméricas fortaleciendo atención y concentración.


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. LAGAZZI ARAVENA NORMA, 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. LAGAZZI ARAVENA NORMA .

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.