

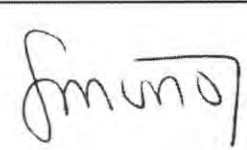
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

| | |
|------------|--------------|
| Mes | Marzo |
|------------|--------------|

| | | | |
|--------|-----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Nombre | MUÑOZ ROGERSON SOFIA | | |
| 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 BASICO | LUN 15:00-17:00 | --- | DRA. ELOISA DIAZ 6471 | 9 |

| ID | Descripción de Actividades (Ver ID del Taller) |
|-----|--|
| T.1 | Se realizan actividades en guía orientadas a potenciar la atención, memoria y razonamiento. Además se favorece la participación social y pertenencia de grupo. |

| | |
|----------------------------------|--|
| 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. MUÑOZ ROGERSON SOFIA, 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. MUÑOZ ROGERSON SOFIA .

| | |
|-------------------------------------|--|
| 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.