

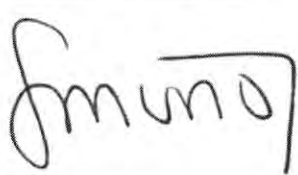
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	MAYO
------------	-------------

Nombre	MUÑOZ ROGERSON SOFIA		
RUT	[REDACTED]	Período 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	---	ALONSO DE CAMARGO 7207	9

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Se potencia la participación social y pertenencia de grupo mediante espacios de conversación libre.</p> <p>Cada taller se entrega una guía de ejercicios orientados a favorecer y potenciar las funciones cognitivas. Durante el mes de mayo se trabajó la atención sostenida, memoria a corto plazo, razonamiento y flexibilidad, concentración, cálculo matemático y seguimiento de instrucciones.</p>

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. MUÑOZ ROGERSON SOFIA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes MAYO 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 MAYO 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 (S) de Departamento	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 




V^oB^o DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO