

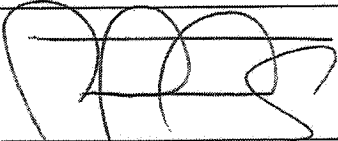
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	FUENTES SALINAS MARIA VERONICA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

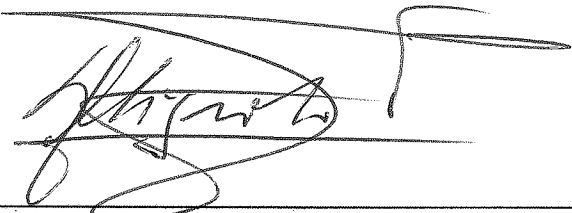
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES BASICO	JUE 14:30-16:30	---	APOQUINDO 9082 CAM LOS DOMINICOS	6
T.2	INGLES CONVERSACION AVANZADO	MAR 14:30-16:30	---	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	5
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Práctica de pronunciación y aprendizaje de vocabulario a través de canciones. Aplicación de preposiciones de lugar con oraciones escritas y orales. Completación y demostración del Árbol Familiar
T.2	Práctica de pronunciación y aprendizaje de vocabulario a través de canciones. Juegos y canciones con Mi Cuerpo y las partes de éste. Lectura y creación de mini diálogos entre un doctor y su paciente.
T.3	
T.4	
T.5	

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. FUENTES SALINAS MARIA VERONICA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2025; 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. FUENTES SALINAS MARIA VERONICA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

TO

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
IDIOMA 14 - INGLES CONVERSACIÓN AVANZADA

LUGAR DE EJECUCIÓN
CÍRCULO DE ENCUENTRO EL CAÑELO

NOMBRE DEL PROFESOR
VERÓNICA FUENTES

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MARTES DE 14:30 A 16:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES
N°
FECHA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
20-08-08	27-08-08	03-09-08	10-09-08	17-09-08	24-09-08	01-10-08	08-10-08	15-10-08	22-10-08	29-10-08	05-11-08	12-11-08	19-11-08	26-11-08	03-12-08	10-12-08

1	LATORRE CARMONA MARIA CRISTINA	P	P	P												
2	MORALES BUSTOS ARIEL	J	P	J	J	J	J	J								
3	MUNITA ROJAS ANA MARIA	J	P	P												
4	NAZER CARREÑO MARIA CECILIA	J	J	J												
5	OYANEDEL HOWARD MARTA ELCIRA	J	P	P												
6	PARADA HONORATO MARIA ISABEL	P	P	J												
7	PINTO MENESES JUAN CARLOS	P	P	P	J	J	J	J	J							
8	SALA HORMAZABAL EDITH JOSEFINA	P	P	J												
9	SCHUDA ESCAFF MYRIAM	P	P	J	J	J	J	J	J							
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
32																
33																
34																
35																
36																
37																
38																
39																
40																
41																
42																
43																
44																
45																
46																
47																
48																
49																
50																
51																
52																
53																
54																
55																
56																
57																
58																
59																
60																
61																
62																
63																
64																
65																
66																
67																
68																
69																
70																
71																
72																
73																
74																
75																
76																
77																
78																
79																
80																
81																
82																
83																
84																
85																
86																
87																
88																
89																
90																
91																
92																
93																
94																
95																
96																
97																
98																
99																
100																

5 8 5

ASISTENTES POR SESION																
ASISTENCIA POR SESION																
EDIO ASISTENCIA ACUMULADO																

E CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 RQUE CON UN "I" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 E CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

