



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

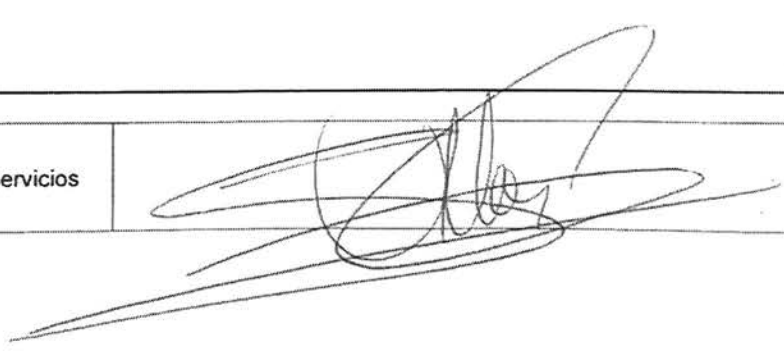
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER  
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

|     |        |
|-----|--------|
| Mes | AGOSTO |
|-----|--------|

|        |                         |                      |                    |
|--------|-------------------------|----------------------|--------------------|
| Nombre | VILLAR TORRES SEBASTIAN |                      |                    |
| RUT    | ██████████              | Periodo del Contrato | 01/05 - 30/11 2025 |

| ID  | Nombre Taller  | Horario 1       | Horario 2       | Lugar de Ejecución        | Asistentes |
|-----|----------------|-----------------|-----------------|---------------------------|------------|
| T.1 | BAILE TROPICAL | MAR 17:00-18:00 | VIE 17:00-18:00 | JUAN ESTEBAN MONTERO 5449 | 6          |
| T.2 | -              | -               | -               | -                         |            |
| T.3 | -              | -               | -               | -                         |            |
| T.4 | -              | -               | -               | -                         |            |
| T.5 | -              | -               | -               | -                         |            |

| ID  | Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)                                                             |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| T.1 | finalización de entrega de técnicas y secuencias de la báchata: pulso, musicalidad, roles, guía y seguidor |
| T.2 |                                                                                                            |
| 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. VILLAR TORRES SEBASTIAN, 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. VILLAR TORRES SEBASTIAN .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

