



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

|     |         |
|-----|---------|
| Mes | OCTUBRE |
|-----|---------|

|        |                         |                      |                    |
|--------|-------------------------|----------------------|--------------------|
| Nombre | ACOSTA ARRIAGADA SYLVIA |                      |                    |
| RUT    |                         | Período del Contrato | 01/05 - 30/11 2025 |

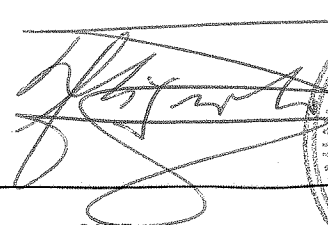
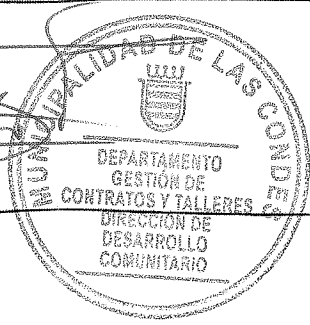
| ID  | Nombre Taller                    | Horario 1       | Horario 2 | Lugar de Ejecución     | Asistentes |
|-----|----------------------------------|-----------------|-----------|------------------------|------------|
| T.1 | CIRCULO LITERARIO EL ALBA BASICO | VIE 17.00-19.00 | ---       | PLATAFORMA EDUCACIONAL | 9          |
| T.2 | ESCRITURA LITERARIA INTERMEDIO   | MAR 17.00-19.00 | ---       | PLATAFORMA EDUCACIONAL | 9          |

| ID  | Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)  |
|-----|---|
| T.1 | Los(as) alumnos(as) desarrollan lectura y escritura críticas: Lectura y comentario de textos literarios creados o escritos por los(as) integrantes del Taller. Además, se leen y analizan obras de autores relevantes del mundo literario, de acuerdo con el nivel. |
| T.2 | Los(as) alumnos(as) desarrollan lectura y escritura críticas: Lectura y comentario de textos literarios creados o escritos por los(as) integrantes del Taller. Además, se leen y analizan obras de autores relevantes del mundo literario, de acuerdo con el nivel. |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 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. ACOSTA ARRIAGADA SYLVIA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes OCTUBRE 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 OCTUBRE 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. ACOSTA ARRIAGADA SYLVIA .

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

Las Condes, OCTUBRE de 2025  
mes año