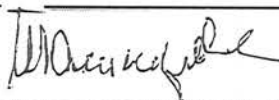


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

Mes		OCTUBRE	
Nombre	CROQUEVIELLE BACHELET MARIA ALICIA		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES CONVERSACION AVANZADO	LUN 11:30-13:30	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	9
T.2	INGLES CONVERSACION AVANZADO	MIE 11:30-13:30	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	13
T.3	INGLES CONVERSACION INTERMEDIO	MIE 14:30-16:30	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	8
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Empieza la clase con conversación informal sobre la semana, después se comenta sobre noticias nacionales e internacionales. Después del recreo se lee un artículo, se trabaja el vocabulario y se comenta. Si no es un artículo, trabajamos la unidad del libro English File
T.2	Empieza la clase con conversación informal sobre la semana, después se comenta sobre noticias nacionales e internacionales. Después del recreo se lee un artículo, se trabaja el vocabulario y se comenta. Si no es un artículo, trabajamos la unidad del libro English File
T.3	Empieza la clase con conversación informal sobre la semana, después se comenta sobre noticias nacionales e internacionales. Después del recreo se lee un artículo, se trabaja el vocabulario y se comenta. Si no es un artículo, trabajamos la unidad del libro English File
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. **CROQUEVIELLE BACHELET MARIA ALICIA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **OCTUBRE de 2025**, 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 2025**.

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 **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. **CROQUEVIELLE BACHELET MARIA ALICIA**.

Nombre Jefe de Departamento	ROBERTO VIGNOLO PAREDES
Firma y timbre Jefe Departamento	 

Las Condes,

OCTUBRE

mes

de

2025

año