



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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	FUENTES SALINAS MARIA VERONICA		
RUT	[REDACTED]	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)	7

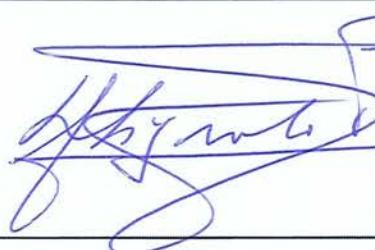
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Profesiones y oficios. Descripción de éstas usando el Presente Continuo en afirmativo y negativo, en forma oral y escrita. Uso del verbo There Be en singular y plural. Descripciones de lugares. Verbo To Be y sus aplicaciones, en forma oral y escrita. Interpretación de canciones para ayudar a la pronunciación.
T.2	Pronombres Posesivos: uso de éstos en la oración y su diferencia con los Adjetivos Posesivos. Actividades orales y escritas. Conectores de Secuencia: 'cómo dar secuencia de nuestras actividades, dar recetas de cocina, órdenes, etc. Cómo hacer invitaciones formales e informales. Cómo aceptar o rechazar una invitación. Crean diálogos Interpretación de canciones para mejorar la pronunciación

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 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 suscripto, 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. FUENTES SALINAS MARIA VERONICA .

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

Las Condes, OCTUBRE mes de 2025 año