


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

Mes	ABRIL
-----	-------

Nombre	CONTRERAS PINTO MARCELA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	COSTURA INTERMEDIO	VIE 18:00-20:00	---	AV. PAUL HARRIS 1301	8
T. 2	COSTURA INTERMEDIO	VIE 11:00-13:00	---	AV. PAUL HARRIS 1301	6
T. 3	RECUPERACION DE ROPA	VIE 09:15-11:15	---	LA CAPITANIA 255	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	- Trabaja en Tela Toalla y estames haciendo turbantes para baño
T.2	- Trabaja cortando Tela en Cuadrados para hacer proyectos en jeans. - Conociendo Más la Máquina de Coser.
T.3	- Aprendizaje a trazar con tiza y cortar Cuadrados de jeans. para hacer el proyecto elegido (gillette).

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. **CONTRERAS PINTO MARCELA**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ABRIL** de 2026, 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 2026**.

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 **ABRIL** de 2026; 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 Sr.a./Sr. **CONTRERAS PINTO MARCELA**.

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

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
**SANDRA FUENTES MELO**



\_\_\_\_\_ mes de \_\_\_\_\_ año

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.