

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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	<b>OLGUIN SABAG ANA KARINA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>16/03 - 30/11 2026</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ALAMBRISMO BASICO	VIE 16:00-18:00	---	PAUL HARRIS 2111	6
T.2	ALAMBRISMO BASICO	VIE 18:00-20:00	---	PAUL HARRIS 2111	7
T.3	ALAMBRISMO BASICO	MAR 17:00-19:00	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	5
T.4	ALAMBRISMO BASICO	JUE 17:00-19:00	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	6
T.5	ALAMBRISMO BASICO	MAR 19:15-21:15	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Termino de detalles de primer proyecto juego de aros, collar y pulcera.
T.2	Comienzo de aros flor con tecnica de hilado y entorche
T.3	termino de Proyecto aros, collar y pulcera.
T.4	termino de aros gota, comienzo aros doble entorche
T.5	Comienzo con proyecto nuevo (Macetas) aros gota tecnica Corling.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

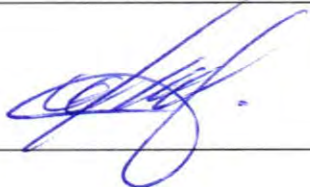
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

<b>Nombre</b>	<b>OLGUIN SABAG ANA KARINA</b>		
<b>RUT</b>	[REDACTED]	<b>Período del Contrato</b>	<b>16/03 - 30/11 2026</b>



<b>ID</b>	<b>Nombre Taller</b>	<b>Horario 1</b>	<b>Horario 2</b>	<b>Lugar de Ejecución</b>	<b>Asistentes</b>
T.6	ALAMBRISMO INTERMEDIO	MIE 18:00-20:00	---	CIRIO 1612	7
T.7	ALAMBRISMO BASICO	LUN 18:00-20:00	---	CIRIO 1612	6

<b>ID</b>	<b>Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)</b>
T.6	Proyecto nuevo Macetas decorativas, distintas técnicas en flor y hojas
T.7	avanzando en Proyecto Macetas decorativas

<b>Firma prestador de los servicios</b>	
---	--

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. OLGUIN SABAG ANA KARINA, 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 Sra./Sr. OLGUIN SABAG ANA KARINA.

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

  
V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



