

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

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	DA VIA MUÑOZ PAZ		
RUT		Período del Contrato	16/06 - 30/11 2026

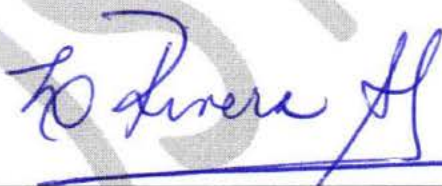
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	FRANCES BASICO	MIE 15:15-17:15	---	REINA ASTRID 880	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Inicio cada clase con ejercicios relacionados con la clase anterior. Juego de rol en un hotel: como hacer una reserva, conversación con la recepcionista, vocabulario necesario para desenvolverse en esa situación. Ejercicios utilizando los verbos ÊTRE y S'APPELER (repaso). Los artículos definidos e indefinidos. Las estructuras "il y a" e "il n'y a pas". Ejercicios recordando las situaciones en un café-restaurant (repaso). Ejercicios de asociación de palabras con números. Transcripción de audio donde debían identificar cuáles eran los precios de cada comida.

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

El jefe (S) 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. DA VIA MUÑOZ PAZ, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 AGOSTO 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. DA VIA MUÑOZ PAZ

Nombre Jefe (S) de Departamento	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO