

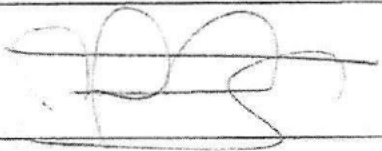
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	FUENTES SALINAS MARIA VERONICA		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES GRAMATICAL AVANZADO	MAR 15:00-17:00	—	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	7
T.2	INGLES ELEMENTARY	JUE 15:00-17:00	—	APOQUINDO 9082 CAM LOS DOMINICOS	9

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Second Conditional: usan oraciones hipotéticas con IF + verbo en pasado simple y resultado con Would + verbo. Ejercitan en forma oral y escrita completando oraciones. Responden a pregunta: What would you do if...? Leen texto comprensivamente. Canciones: sacan vocabulario, aprenden fonética, leen canciones en forma individual para ver la pronunciación. Interpretación grupal.
T.2	Verbo to be en pasado. Aplican en forma oral y escrita las formas Was y Were. Dan respuestas completas y respuestas cortas a preguntas en pasado. Ordenan oraciones. Completan texto situacional. Canciones: sacan vocabulario, aprenden fonética, leen canciones en forma individual para ver la pronunciación. Interpretación grupal.

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. FUENTES SALINAS MARIA VERONICA, 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. FUENTES SALINAS MARIA VERONICA .

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año