

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

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

Nombre	GONZALEZ LOBOS MARIA ELENA		
RUT		Período del Contrato	01/08 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	SANTA ROSA DE APOQUINDO-MUSICA E INSTRUM	MIE 17:50-19:50	---	TEZCUCO 1283	7
T.2	SANTA ROSA DE APOQUINDO-MUSICA E INSTRUM	MIE 20:00-22:00	---	TEZCUCO 1283	7-

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	- Se trabajaron los 12 conciones del repertorio a presentar durante los festivales de pueblos - El detalle musical es: dificultades rítmicas, fraseos, partes melódicas, estudio de la 2-voz y repaso de 1-voz.
T.2	- Trabajo melódico, rítmico en guitarras - Permisión de acompañamiento en pandero y bombo añadiendo polvos. - Se fue acompañamiento instrumental en las voces y estudio de los.

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. GONZALEZ LOBOS MARIA ELENA, 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. GONZALEZ LOBOS MARIA ELENA .

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

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año