

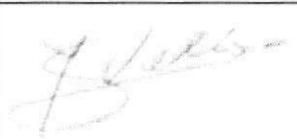
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GUARDA LARRAÑAGA ISABEL		
RUT	██████████	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	REPOSTERIA Y PANADERIA BASICO	VIE 10:00-12:00	---	CIRIO 1612	5
T.2	GASTRONOMIA INTERNACIONAL INTERMEDIO	MAR 11:15-13:15	---	PJE. MONICA 1559	6
T.3	REPOSTERIA INTERMEDIO	MAR 09:00-11:00	---	PJE. MONICA 1559	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se hizo: Brazo de reina, Rollitos de berenjenas, Pan de miel, Flan de atún, Conejos, Trenza de nuez
T.2	Se hizo: Chupe de camarones, Flan de atún, Surtido de pizzas, Panqueques con crema de espinacas
T.3	Se hizo: Galletas de almendras, Pan de miel, Budin de limón, Crepes suzette

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. GUARDA LARRAÑAGA ISABEL, 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. GUARDA LARRAÑAGA ISABEL .

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


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

