

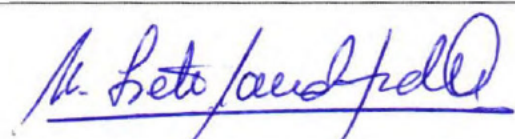
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SANDFORD ASTRAIN MARIA LORETO		
RUT	██████████	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BRIDGE BASICO 2	JUE 11:15-13:15	---	LA CAPITANIA 255	6
T.2	BRIDGE BASICO	MAR 16:00-18:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	4
T.3	BRIDGE BASICO 1	MIE 15:00-17:00	---	REINA ASTRID 880	9
T.4	BRIDGE BASICO 1	JUE 16:00-18:00	---	LA CAPITANIA 255	3
T.5	BRIDGE BASICO	JUE 09:00-11:00	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Repaso y término del cambio de palo y sus respuestas. Sobredeclaraciones a las aperturas de 1 a palo. Ejercicios y tablillas.
T.2	Aperturas débiles y sus respuestas forcing del respondedor al abridor. Ejercicios y tablillas.
T.3	Sobredeclaraciones de la 2da mano a las aperturas de 1 a palo. Doblo negativo del respondedor al abridor. Ejercicios y tablillas.
T.4	Repaso de apoyos de las aperturas 1 a palo. Cambio de palo del respondedor al abridor. Ejercicios y tablillas.
T.5	Cambio de palo del respondedor al abridor. Respuestas del abridor que muestran rango de puntaje. Ejercicios y tablillas.

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

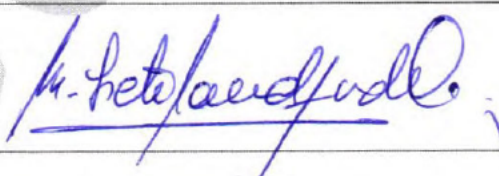
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SANDFORD ASTRAIN MARIA LORETO		
RUT	██████████	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

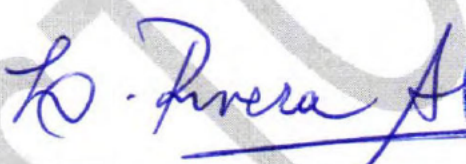
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	BRIDGE BASICO II	LUN 09:00-11:00	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	13
T.7	BRIDGE BASICO	JUE 18:15-20:15	---	LA CAPITANIA 255	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Sobredeclaraciones a las aperturas 1 a palo. Doblo negativo del 3er jugador y respuestas del abridor. Ejercicios y tablillas.
T.7	Repaso de los apoyos a las aperturas de 1 a palo. Cambio de palo de la 3ra mano y respuestas del abridor. Ejercicios y tablillas.

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. SANDFORD ASTRAIN MARIA LORETO, 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. SANDFORD ASTRAIN MARIA LORETO.

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