

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

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	ACOSTA ARRIAGADA SYLVIA		
RUT		Periodo del Contrato	01/04 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CIRCULO LITERARIO EL ALBA BASICO	VIE 17.00-19.00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	8
T.2	ESCRITURA LITERARIA INTERMEDIO	MAR 17.00-19.00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	8

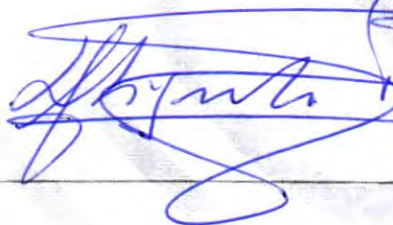
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Los(as) alumnos(as) desarrollan lectura y escritura críticas: Lectura y comentario de textos literarios creados o escritos por los(as) integrantes del Taller. Además, se leen y analizan obras de autores relevantes del mundo literario, de acuerdo con el nivel.
T.2	Los(as) alumnos(as) desarrollan lectura y escritura críticas: Lectura y comentario de textos literarios creados o escritos por los(as) integrantes del Taller. Además, se leen y analizan obras de autores relevantes del mundo literario, de acuerdo con el nivel.

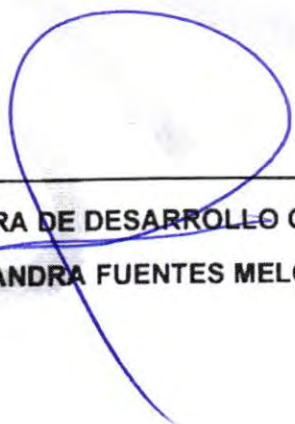
Firma prestador de los servicios



El jefe 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. ACOSTA ARRIAGADA SYLVIA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes JUNIO 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 JUNIO 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. ACOSTA ARRIAGADA SYLVIA .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO



MEDIOS DE VERIFICACIÓN: REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO.

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.