


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

<b>Mes</b>	<b>Marzo</b>
------------	--------------

Nombre	<b>LAZO MACHICAO PAULINA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>16/03 - 30/11 2026</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CONSTELACIONES FAMILIARES BASICO	VIE 15:00-17:00	---	LEONARDO DA VINCI 7533	6
T.2	CONSTELACIONES FAMILIARES BASICO	JUE 16:00-18:00	---	LEONARDO DA VINCI 7533	6
T.3	CONSTELACIONES FAMILIARES BASICO	VIE 17:15-19:15	---	LEONARDO DA VINCI 7533	10

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Bienvenida, acuerdos básicos, dirección y objetivos del taller.
T.2	Bienvenida, acuerdos básicos, dirección y objetivos del taller.
T.3	Bienvenida, acuerdos básicos, dirección y objetivos del taller.

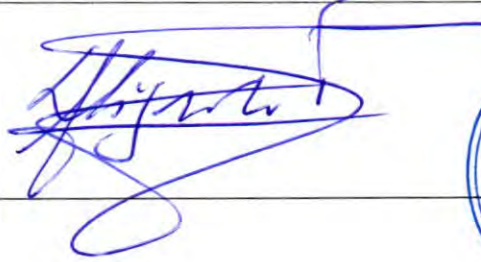
Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

Firmado electrónicamente. CVE: 3ABA56FD



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. LAZO MACHICAO PAULINA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes Marzo 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 Marzo 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 Sr.a./Sr. LAZO MACHICAO PAULINA .

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, Marzo 2026

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T1

Olvidé tomar fotografía de la única clase realizada (20 marzo) hasta hoy (23 marzo) y mi próximo taller es posterior a la fecha de entrega de este informe (27 marzo)

T2

Olvidé tomar fotografía de la única clase realizada (19 marzo) hasta hoy (23 marzo) y mi próximo taller es posterior a la fecha de entrega de este informe (26 marzo)

T3

Olvidé tomar fotografía de la única clase realizada (20 marzo) hasta hoy (23 marzo) y mi próximo taller es posterior a la fecha de entrega de este informe (27 marzo)



NOMBRE: PAULINA ALEJANDRA LAZO MACHICAO  
RUT: [REDACTED]

Firmado electrónicamente el: 23-03-2026 23:27  
ID Transacción: 3ABA56FD-59DC7



CVE: 3ABA56FD  
Puede validar este documento en <https://validador.firmaya.cl>  
[www.bpo-advisors.net](http://www.bpo-advisors.net)