

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

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

Nombre	<b>MARDONES VILLARROEL ALEJANDRA</b>		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	<b>16/03 - 30/11 2026</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	UKELELE INTERMEDIO	MIE 17:40-19:40	---	CHESTERTON 7159	6
T.2	UKELELE BASICO	MAR 18:00-20:00	—	VILANOVA 505	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Repaso de contenidos y técnicas de ejecución básica del instrumento. Repertorio de canciones populares.
T.2	Repaso de contenidos pasados y técnicas de ejecución básica del instrumento

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. MARDONES VILLARROEL ALEJANDRA, RUT: [REDACTED], dió 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 Sra./Sr. MARDONES VILLARROEL ALEJANDRA .

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:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Chesteron 7159



Vilanova 505

