

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

Mes	Marzo
------------	--------------

Nombre	MATURANA GALVAN CAROLINA		
RUT	██████████	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026



ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PUNTO CRUZ DECORATIVO	VIE 11:30-13:30	—	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	7
T.2	PUNTO CRUZ DECORATIVO	MIE 15:00-17:00	—	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Refuerzo de técnica punto cruz con las alumnas con más conocimientos y con las alumnas nuevas se acordó con que se trabajara durante los meses siguientes.
T.2	Refuerzo de técnica punto cruz con las alumnas con más conocimientos y con las alumnas nuevas se acordó con que se trabajara durante los meses siguientes.

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. MATURANA GALVAN CAROLINA, 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 Sra./Sr. MATURANA GALVAN CAROLINA .

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


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO


Las Condes, Marzo de 2026
mes de año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

