

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

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

Nombre	MEDEL QUIROZ RAISA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026



ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES INTERMEDIO	JUE 17.15-19.15	---	CHESTERTON 7159	3
T.2	INGLES BASICO	LUN 18.00-20.00	---	LOLCO 7640 TORRE 1 SALON-1	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Comentan en inglés sus experiencias sobre las vacaciones de verano y sus rutinas. Desarrollan guía temática sobre la ingesta del café, abordando vocabulario específico, ejercicios de escucha y comprensión lectora. Repasan conectores.
T.2	Revisan pronombres personales, verbos básicos en presente, estructuras gramaticales del presente simple en sus 3 formas: afirmativa, negativa e interrogativa. Realizan ejercicios de redacción simple y comprensión lectora de textos en inglés.

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. MEDEL QUIROZ RAISA, 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. MEDEL QUIROZ RAISA .

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 de 2026
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

