

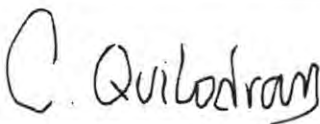
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	QUILODRAN CIFUENTES CONSTANZA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026


ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ZUMBA	LUN 21:15-22:15	MIE 20:00-21:00	PAUL HARRIS 1558	10
T.2	ZUMBA	LUN 19:00-20:00	MIE 19:00-20:00	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Clase guiada cuyo objetivo principal es desarrollar el ritmo y los pasos básicos de diversos estilos, manteniendo la estructura propia de una clase de baile.
T.2	Clase dinámica orientada a mejorar el sentido del ritmo y aprender pasos básicos de diferentes estilos, manteniendo la esencia de una clase de baile.

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. QUILODRAN CIFUENTES CONSTANZA, 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. QUILODRAN CIFUENTES CONSTANZA .

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




V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

_____ mes

de

_____ año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

