

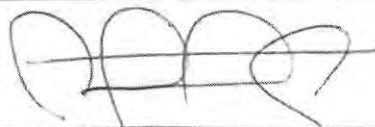
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	MAYO
-----	------

Nombre	FUENTES SALINAS MARIA VERONICA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

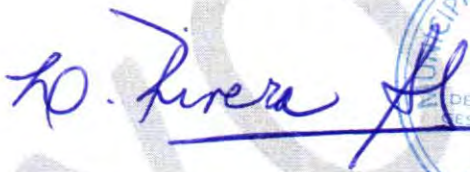

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	INGLES GRAMATICAL AVANZADO	MAR 15:00-17:00	---	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	8
T. 2	INGLES ELEMENTARY	JUE 15:00-17:00	---	APOQUINDO 9082 CAM LOS DOMINICOS	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Actividades orales y escritas en pasado simple afirmativo, interrogativo y negativo.</p> <p>Sustantivos contables e incontables. Uso de: a little, a few, a lot of, much, many.</p> <p>Preguntas con: how much y how many. Respuestas afirmativas y negativas.</p> <p>Verbo there be. Uso de some y any.</p> <p>Canciones: vocabulario y pronunciación</p>
T.2	<p>Presente simple afirmativo.</p> <p>Conjugación de verbos.</p> <p>Reglas para sujetos: he, she e it.</p> <p>Actividades orales y escritas.</p> <p>Canciones: vocabulario y pronunciación.</p>

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

El jefe (S) 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. FUENTES SALINAS MARIA VERONICA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes MAYO 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 MAYO 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. FUENTES SALINAS MARIA VERONICA .

Nombre Jefe (S) de Departamento	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

