

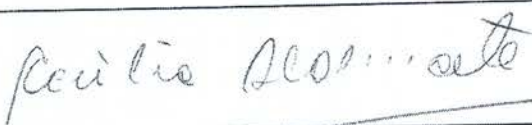
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	ALDUNATE HIDALGO MARIA CECILIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 15:00-17:00	---	AMERICO VESPUCIO SUR 1919	5
T.2	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 10:00-12:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	6
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 17:30-19:30	---	DIAGUITAS 603	6
T.4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	MIE 17:00-19:00	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	8
T.5	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	MIE 19:15-21:15	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Con las alumnas seguimos trabajando con los diferentes puntos de crochet, están confeccionando una piecera y sus respectivos cojines, ingresaron 2 alumnas con las que estamos aprendiendo puntos
T.2	Las alumnas trabajan en sus diferentes proyectos, bolsos, bufandas, chaleco
T.3	Seguimos con los diferentes proyectos. bolsos, chalecos, ponchos, bufandas con los puntos ya aprendidos
T.4	Seguimos con los diferentes proyectos petos, bolsos, chal para bebe, con diferentes técnicas, crochet y palillos
T.5	Seguimos con los diferentes proyectos petos, bolsos, chal para bebe, con diferentes técnicas, crochet y palillos

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. ALDUNATE HIDALGO MARIA CECILIA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2025; 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. ALDUNATE HIDALGO MARIA CECILIA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

DE ASISTENC

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Taller de Pintura	Parque de la Ciudad
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Prof. Leticia Hernandez	Viernes 15 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰

[illegible]

	21	22	23	24	25
1	9	9			
2	/	/			
3	/	/			
4	P	P			
5	P	P			
6	P	P			
7	/	/			
8	/	/			
9	/	/			
10	P	P			
11	P	P			
12	P	P			
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Yoga / Pilates / Stretch

LUGAR DE EJECUCIÓN
Salón de la Escuela

NOMBRE DEL PROFESOR
M. Lilia Hernández

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 10:00 a 12:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		10/3/25	11/3/25	12/3/25	13/3/25	14/3/25	15/3/25	16/3/25	17/3/25	18/3/25	19/3/25	20/3/25	21/3/25	22/3/25	23/3/25	24/3/25	25/3/25	26/3/25	27/3/25	28/3/25	29/3/25
1. <i>Alma Holat</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>M. Lilia Hernández</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <i>Graciela García</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <i>Amelia León</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <i>M. Lilia Hernández</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>Rosa M. Ortiz</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <i>Lourdes García</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <i>M. Antonieta Hernández</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. <i>Las niñas Ketzilic</i>																					
10. <i>Alondra Maldonado</i>																					
11. <i>Yusmary Gajardo</i>																					
12. <i>Margarita Ríos</i>																					
13. <i>ROS</i>																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "X" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

F. TERMINO

	21	22	23	24	25	26	27
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

PLANILLA CONTROL

DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCION

F. INICIO

24/3/25

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

F. TERMINO

30/11/25

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		20/3/25	21/3/25	22/3/25	23/3/25	24/3/25	25/3/25	26/3/25	27/3/25	28/3/25	29/3/25	30/3/25	31/3/25	1/4/25	2/4/25	3/4/25	4/4/25	5/4/25	6/4/25	7/4/25	8/4/25
1	Enika Orce M.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Marisol Sepulveda	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Margarita Matamoros																				
4	Gerardo Campos																				
5	Paula Ponce	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marcela Lavieles	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Marisol Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Margarita Rivera																				
9	Margarita Tamayo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Margarita Puentes	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	María Lora																				
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N	FECHA	21	22	23	24	25	26
1	20/3/25	P	P	P	P	P	P
2	21/3/25	P	P	P	P	P	P
3	22/3/25						
4	23/3/25						
5	24/3/25	P	P	P	P	P	P
6	25/3/25	P	P	P	P	P	P
7	26/3/25	P	P	P	P	P	P
8	27/3/25						
9	28/3/25	P	P	P	P	P	P
10	29/3/25	P	P	P	P	P	P
11	30/3/25						
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "I" (BLANC) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Tejido punto y punto

LUGAR DE EJECUCIÓN

Paseo de la Villa 1

NOMBRE DEL PROFESOR

M. Luisa Domínguez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Viernes 14⁰⁰ - 15⁰⁰

DE ASISTENCIA

F. INICIO

F. TÉRMINO

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

S
E
S
I
O
N
E
S

Nº

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

1	Leticia Flores	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	María Angélica González	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Luzmila Hernández	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	María Elena López	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Rosa Hernández	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Urbano Talavera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Adela Orantes	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	María Elena Rivera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Luzmila	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	María Elena	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	María Elena	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

María Elena

1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTió A CLASES

MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTió A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO

PLANILLA CONTROL

DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Tepido puchit 7/10/13	Borgos de la Villa 1
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
H. Cecilia Molave H.	Viernes 19:15 21:15

F. INICIO	
F. TÉRMINO	

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESIONES	N°	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Liliana Flores			1/3/25	2/3/25	3/3/25	4/3/25	5/3/25	6/3/25	7/3/25	8/3/25	9/3/25	10/3/25	11/3/25	12/3/25	13/3/25	14/3/25	15/3/25	16/3/25	17/3/25	18/3/25	19/3/25	20/3/25
Juan Angelica Gonzalez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Lina Niviana			1/3/25	2/3/25	3/3/25	4/3/25	5/3/25	6/3/25	7/3/25	8/3/25	9/3/25	10/3/25	11/3/25	12/3/25	13/3/25	14/3/25	15/3/25	16/3/25	17/3/25	18/3/25	19/3/25	20/3/25
A. Gloria Lopez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Rosa Arroyabal			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Viviana Tamariz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Carlos Arambula			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
María Gloria Rivera			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Luz Puerto Vazquez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Luz Eloy			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

	21	22	23	24	25	26	27
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "J" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.

ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.



