

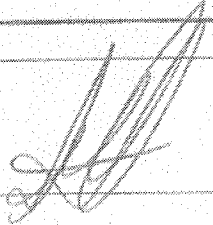
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ARIAS MARIA VERONICA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

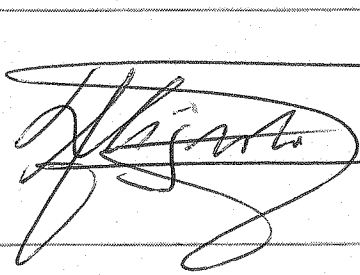
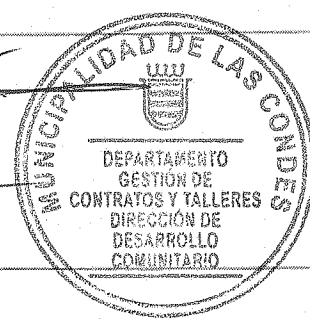
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A CROCHET BASICO	JUE 18:00-20:00	—	CIRIO 1612	7
T.2	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	SAB 11:00-13:00	—	PADRE HURTADO SUR 1756	7
T.3	—	—	—	—	
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	- Realización de llaveros con técnica amigurumi (Flor y corazón) - Mantos tejidos con punto básico alto.
T.2	- Realización de llaveros con técnica amigurumi (flor y corazón) - Mantos tejidos con punto alto, bajo y punto cruz. - Realización de espirales de uerb.
T.3	
T.4	
T.5	

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. ARIAS MARIA VERONICA, RUT: [REDACTED], dió 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. ARIAS MARIA VERONICA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

DE ASISTENCIA

F. INICIO
20/03/25

DEPARTAMENTO
Gestión y Desarrollo

INSCRIPCIÓN MINIMA : 6
(Con menos del mínimo no debe evaluar conformidad del taller)

F. TERMINO
27/11/25

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Taller de Corcheas Básico

LUGAR DE EJECUCIÓN
Sede: C-00 1612

NOMBRE DEL PROFESOR
Verónica Arias

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes 18:00 a 20:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	Mariano Lizama			20/03/25	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Terestina Vargas			23/03/25	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Ximena Alvarado			31/03/25			P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Paulino Vargas			01/04/25	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Valentina Valenzuela			17/04/25								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Esther Quera			24/04/25	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Herta Benaroba			01/05/25	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Carolina Loreto			08/05/25	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Minasol Urte			15/05/25	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10				22/05/25																			
11				29/05/25																			
12				05/06/25																			
13				12/06/25																			
14				19/06/25																			
15				26/06/25																			
16				03/07/25																			
17				10/07/25																			
18				17/07/25																			
19				24/07/25																			
20				31/07/25																			
21				07/08/25																			
22				14/08/25																			
23				21/08/25																			
24				28/08/25																			
25				04/09/25																			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (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.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con memo del informe de Gato
evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

Walleres recreativo y desarrollo

[illegible]

SIRATORPROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Tejido a Mano y Crochet	Parque Hurtado 1356
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Veronica Ara	Sabado 10:00 a 12:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº																			
			FECHA																			
1	Marina Lizama		23/25	24/25	25/25	26/25	27/25	28/25	29/25	30/25	31/25	1/06/25	2/06/25	3/06/25	4/06/25	5/06/25	6/06/25	7/06/25	8/06/25	9/06/25	10/06/25	11/06/25
2	Terestha Vargas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Ximera Gueñes		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Valerina Valenzuela		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Guillermo Nieto		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Sandra Hammond		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Paulino Vargas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8																						
9																						
10																						
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 "/" (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.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

[illegible]


FIRMA PROFESOR