

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

Mes		AGOSTO	
Nombre	BRAVO MERCADO MARCIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

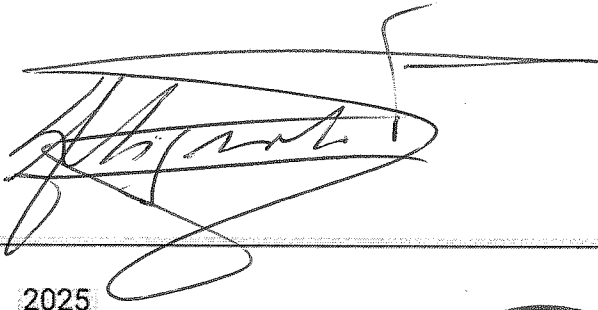
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PINTURA ACRILICA BASICO	MIE 12:15-14:15		ALCANTARA 434	6
T.2					
T.3					
T.4					
T.5					

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Vemos dibujo, mezcla de colores, transparencias. Temáticas flores, cielos, agua, floreros, frutas etc
T.2	
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. BRAVO MERCADO MARCIA, 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. BRAVO MERCADO MARCIA.

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

Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Pintura Acilica

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR
marcia Bravo

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
miercoles 12¹⁵ a 14¹⁵

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES	Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	21/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	2/7/25	9/7/25	23/7/25	30/7/25	6/8/25	13/8/25	20/8/25	

1	Olivia Arálos	X	X	X	X	X	X	.	.	X	X	X	X	X	.	X	X	X	X	X		
2	Gladys Bustos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
3	Guadalupe Ossa		X	X	X	X	X	X	X	X	.	.	X	X	X	X	X	X	X	X		
4	Eloesa Soto		X	.	X	X	X	X	.	.	.	X	X	X	X	X	X	X	X	.		
5	Rita Monsalve		X	.	.	.	.	.	X	X	.	X	X	X	X	X	X	X	X	.		
6	Verónica Jimenez					X	.	X	X	X	X	X	X	X	.	X	.	.	X	X		
7	Monica Gómez-Lobo							X	X	X	X	.	.	X	X	.	.	X	X			
8	Ximena Morales																X	X	X	.		
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

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
DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIP
LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
TE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

F. INICIO

F. TÉRMINO

DEPARTAMENTO

PROGRAMA	
----------	--

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible]

**PRESENTA
CERTIF.
MÉDICO**

[E] No

FIRMA PROFESOR

