

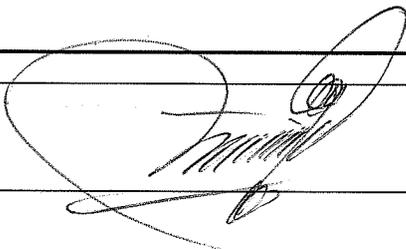
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	BUSTAMANTE FUENTES MARISOL		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

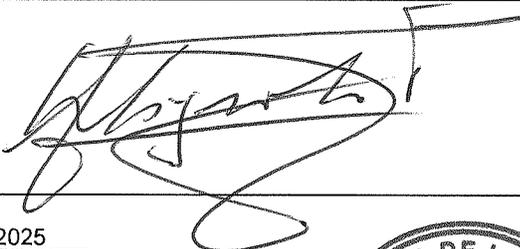
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	BISUTERIA BASICO	MIE 15:00-17:00	—	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T. 2	—	—	—	—	
T. 3	—	—	—	—	
T. 4	—	—	—	—	
T. 5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<i>Pulseras en telas con moños cilíndricos Miyuki y brazaletes con cristal y collares en cuerdas redondas en vidrios</i>
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. **BUSTAMANTE FUENTES MARISOL**, 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 Sr./Sra. **BUSTAMANTE FUENTES MARISOL**.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Biotomio

LUGAR DE EJECUCIÓN
Dieguita 911

NOMBRE DEL PROFESOR
Mauri Bertomante

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
15 e 17⁰⁰ h.d.

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
1. Nicolai Jovles	6	P	P	P	P																
2. Jose Rodon	13	P	P	P	P																
3. Tereza Tomasco	14	P	P	P	P																
4. Odina Soblete	26	P	P	P	P																
5. Terzita Lertio	26	P	P	P	P																
6. Policio Quinz		-	-	P	P																
7.																					
8.																					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	5	6	6																	
------------------------------------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.



HONOR Magic6 Lite
108MP Ultra-Sensing Camera