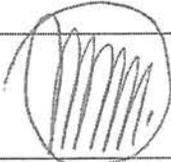


INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes		AGOSTO	
Nombre	CERDA MORA MARGARITA ESTER		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS	JUE 11:15-13:15	---	TOLTEN 8115	4
T.2	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS BASICO	LUN 13:10-15:10	---	CHESTERTON 7159	6
T.3	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS BASICO	VIE 14:30-16:30	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	6
T.4	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS BASICO	LUN 16:15-18:15	---	ALCANTARA 434	5
T.5	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	---	LA CAPITANIA 255	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	La Luna: las fases y sus características. Labores en cada fase de la luna. La Plantación: de árboles caducos en invierno a raíz desnuda. Alimentación y salud: de las hortalizas y sus propiedades nutricionales.
T.2	El Mulch: como protector del suelo, características y utilidades. Abono (purín de ortiga): características y usos. La Luna: las fases y sus características. Labores en cada fase. Herramientas a utilizar en la jardinería.
T.3	Repaso de toda la materia vista hasta la fecha. Mulch: como protector del suelo, características y utilidades. Herramientas a utilizar en la jardinería. Alimentación y salud: de las hortalizas y sus propiedades nutricionales.
T.4	Mulch: como protector del suelo y características. La Plantación: de árboles caducos en invierno a raíz desnuda. Alimentación y salud: de las hortalizas y sus propiedades nutricionales. Pintar láminas para caducos y persistentes
T.5	El Mulch: como protector del suelo, características y utilidades. La Luna: las fases y sus características. Labores en cada fase de la luna. Alimentación y salud: de las hortalizas y sus propiedades nutricionales. Plantación de frutales.

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

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

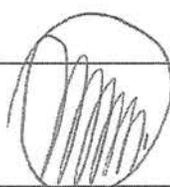
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CERDA MORA MARGARITA ESTER		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS INTERMEDIO	MAR 15:00-17:00	---	MONROE 8484	7
T.7	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS INTERMEDIO	MIE 15:00-17:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	6
T.8	JARDINERIA Y HUERTOS ORGANICOS INTERMEDIO	JUE 15:00-17:00	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	7
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Mulch: como protector del suelo. Repaso de podas. La Luna: fases y características. Labores en cada fase. Alimentación y salud: de las hortalizas y sus propiedades nutricionales. Herramientas a utilizar en jardinería.
T.7	La Luna: fases y características. Labores en cada fase. La Plantación: de árboles frutales en invierno. Alimentación y salud: de las hortalizas y sus propiedades nutricionales. Herramientas a utilizar en jardinería.
T.8	La Luna: fases y características. Labores en cada fase. Herramientas a utilizar en jardinería. Alimentación y salud: hortalizas y sus propiedades nutricionales. La Plantación: de árboles frutales en invierno. El Mulch: protección suelo.
T.9	
T.10	

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. CERDA MORA MARGARITA ESTER, 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. CERDA MORA MARGARITA ESTER.

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
Industria de Alimentos

LUGAR DE EJECUCION
Colonia 8111

NOMBRE DEL PROFESOR
Wagner de la Cruz

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
jueves 15/13/15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SE M E S E S	N	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. M. GRACIELA SANHUEZA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. MARIA GUANIA MALDONADO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. WILIA HOECKER			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. DELCE CRESPO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. FELIPE CORTES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>Wagner de la Cruz</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <i>Karla Gabriela Torres</i>			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.																						

N° DE ASISTENTES POR SEMANA

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "N" (BLANCO) 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

Indicaciones

LUGAR DE EJECUCIÓN

Jardines de Upogundo

NOMBRE DEL PROFESOR

Margarita Cardalini

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Jueves - 13:10/15:15 horas

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
1. Tereita Infante			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. MARIA DEL CARMEN INFANTE URREA			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. ESTELA HOCHES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Christian Espinoza			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5. Jose Luis Gomez			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6. Carmen Gloria Ramos			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7. Rosa Elena Gatti			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8. Carlos Jimenez											P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. VERENA SCHNEIDER V.																						
10. Paola Clara Brates																						
11. Maria Fernanda Moreno Poblete																						
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

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Jardines y huertos

LUGAR DE EJECUCIÓN
Lautas Poniente 1424

NOMBRE DEL PROFESOR
Verónica Corda

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes: 14:30 / 16:30

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
1 GLADYS ROMERO BURBIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Rina Toledo Argentina			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Isomera Araja			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 ANDREA DOMEISEN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 HELGA DOMEISEN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 FLORISA VALBUENA																						
7 Mónica Pazuelo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Valeria Jovita			J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
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 " / " (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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Jardines y Huertos

LUGAR DE EJECUCIÓN
Turísticas, Comunita 7024

NOMBRE DEL PROFESOR
Marjorie Toledo

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Jueves 15:00/17:00

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																				
		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 <i>Mónica Escobar</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 <i>VICTORIA GIACAMAN ULOA</i>			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 <i>JANET VON CHRISMAR</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 <i>Karen Rauld Núñez</i>			P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5 <i>XILENA MOYA</i>			P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6 <i>Katica Salazar Katarinovich</i>			P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7 <i>OLINDA ORIBARRIAGADA</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 <i>Emma Bravo Delgado</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 <i>Michiko Sakimoto</i>			-	-	-	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
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.











