

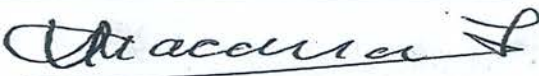
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CHACANA ZAMORA UBERLINDA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DECOUPAGE BASICO	VIE 16:00-18:00	---	PALOMA 9035	8
T.2	DECOUPAGE BASICO	VIE 18:30-20:30	---	PALOMA 9035	10
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las alumnas aprenden la técnica de imitación de craquelado con cascaras de huevos. Secaron, trituraron y pegaron la cascara en la caja de madera para te. Posteriormente pegaron la servilleta con la técnica Decoupage. Finalmente pintan las orillas y barnizan.
T.2	Las alumnas trabajan en vidrio y madera. Aprenden la técnica del ponceado con distintas pinturas. Pintan color base, secan, barnizan y disuelven pintura en agua. Posteriormente con una esponja dan toques a la superficie de pintura, dejando secar. Para finalizar ponen el sellante decoupage.
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. CHACANA ZAMORA UBERLINDA, 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. CHACANA ZAMORA UBERLINDA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

TALLER 1



TALLER 2



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Taller de Decoración

LUGAR DE EJECUCION
PALOMA 9035 T-VECINOS UNIDOS de 100 personas

NOMBRE DEL PROFESOR
Sociedad Cultural

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes a Jueves 16:00-18:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SERIE	N	FECHA																				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			21-03-2025	28-03-2025	4-04-2025	11-04-2025	18-04-2025	25-04-2025	02-05-2025	09-05-2025		23-05-2025	30-05-2025	6-06-2025	13-06-2025	20-06-2025	27-06-2025	4-07-2025	11-07-2025	18-07-2025	25-07-2025	01-08-2025	08-08-2025
SOSIA ELENA MARIQUEZ			T	J	P	D			T	J	P		P	P	P	T		T	J	T	J		
IRMA ROSA CALQUIN			P	P	P	P		P	P	P		P	P	P	P	P		P	J	P	P	P	
AERODITA LOBOS CARVAL			P	P	P	P		P	P	P		J	P	P	T		P	P	P	P			
ALICIA ARENAS CAMPOS			T	P	P	P		J	P	P		T		T	P		P	P	P	P			
MARCIA PASSI CASANOVA			P	J	P	J		P	P	P		P	P	P	P		P	P	P	P			
AMELIA ROTAS ARENAS			J	T	J		P	T	J			T	P	P	P	T		J	P	P	P		
ROSARIO CASTILLO			P	T	P	P		J	P	P		P	J	P	P	P		J	P	P	P		
ROSA PINEDA MALVER			P	J	P	P		P	P	P		P	P	J	P	P		J	P	P	P		
MARIA SOLEDAD ORELLANA			P	P	P	P		P	P	P		P	P	P	P	P		P	P	P	P		
MARIA CRISTINA DUARTE			/	P	/	P		P	P	P		P	J	J	T		J	T	T	T			

ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

6 5 8 7 6 8 9 7 7 7 7 6 5 4 6 8 7

DE ASISTENCIA

DISCUSSION MINIMA

(Casi) nunca del mínimo se debe
postular continuidad del valor)

F. INICIO
24.03-2019

24.03.2018

DEPARTAMENTO

10/12/2020

F. T. 10/10/1977

PRODOTTO IN ITALIA

Talkies Revolution, 1929

[illegible][illegible]

FIRMA PROHIBIDA

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Botanica Básica - Paga 2

LUGAR DE EJECUCIÓN
Edificio Palencia, Junta de Vecinos

NOMBRE DEL PROFESOR
Verónica de Chacón F.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Días: Martes, Jueves, Sábado. Horario: 18:30 - 20:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimida)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. María Alejandra González		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. TRINIDAD CALVO J. GONZÁLEZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. ALICIA ARENAS CAMPOS		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. EDUVIGIS ACEVEDO B		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. ANABELA ACETUNO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. ROSARIO SASTILLO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. MARILY TERESA FUENZALIDA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. AMELIA ROJAS HERNÁNDEZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. ROSA AEDO PÉREZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. MARI A. SOLÍS, OBELLANA		P	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																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN
 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

DE ASISTENCIA

F. INICIO
24-03-2023

24-73-2023

DEPARTAMENTO
TALLERES

TALLERES

Don't miss the unique no-dish meal and complimentary hot butter.

[Don't know, did nothing or didn't make any contribution]

F. TERMINO
31/01/2015

31/01/2015

PROGRAMA
TALLERES

TALLER

Wm

[illegible]

1) se solicitará certificación a la
plumera correspondiente.

Adanya
FIRMA PROFESOR.