

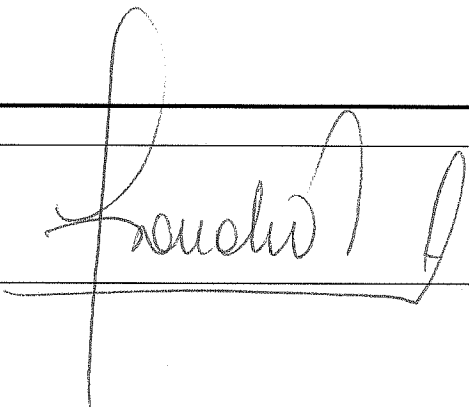
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CONCHA VARAS SANDRA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

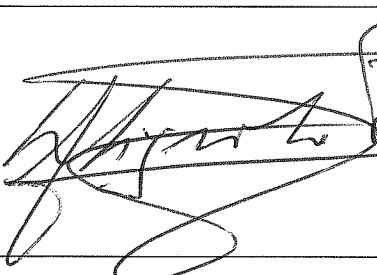
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MOSAICO BASICO	MIE 09:00-11:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	7
T.2	MOSAICO BASICO	MIE 15:05-17:05	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T.3	MOSAICO BASICO	MIE 11:15-13:15	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	5
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se prepara material se pule, se alca, se acorta se hacen circuitos. -
T.2	Se copia en las ceramitas se acorta, pega. - se cura el dibujo. -
T.3	Se empieza a trabajar en la pulidora) finaliza trabajo. -
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. CONCHA VARAS SANDRA, 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. CONCHA VARAS SANDRA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

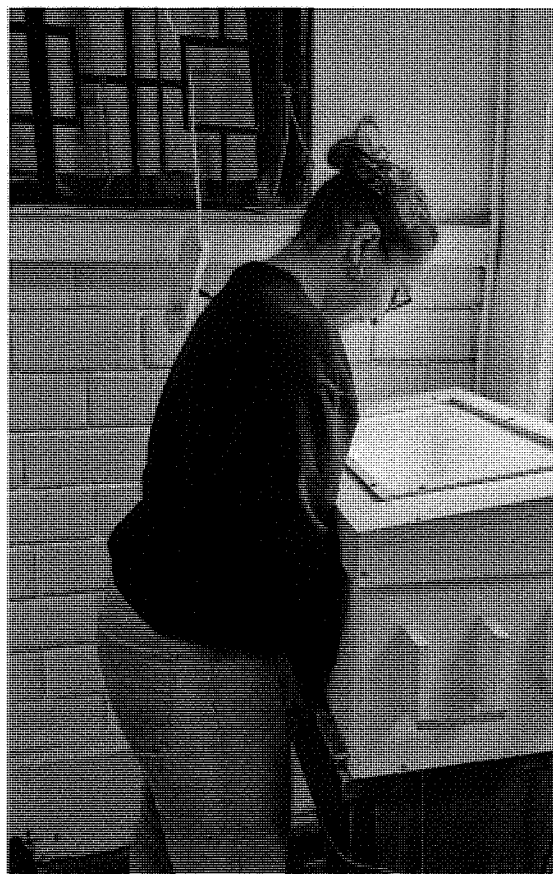
MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

TALLER DE MOSAICO BÁSICO



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				19-03-2025	26-03-2025	2-04-2025	9-04-2025	16-04-2025	23-04-2025	30-04-2025	07-05-2025	14-05-2025	21-05-2025	28-05-2025	4-06-2025	11-06-2025	18-06-2025	25-06-2025	02-07-2025	09-07-2025	16-07-2025	23-07-2025	30-07-2025
1	MARIA PAZ CASIELANO			J	J	P	P	J	J	J	P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	J
2	TAUICRA PEREZ			P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	J	P	P	P	P		P	P
3	DORIS DUQUE			P	P	P	J	J	P	P	P	J		J	P	P	J	P	J	P		J	P
4	EDITH BARAHONA			P	P	J	P	P	P	P	P			J	P	J	J	P	J		P	P	
5	M. OLIVIA NARANJO			P	P	P	J	P	P	P	P			P	J	J	P	P	P	J		P	P
6	M. VIRGINIA CEBONI			J	P	J	P	P	P	P	P			P	P	P	P	J	P	P		P	P
7	DANIELA NARANJO			/	/	/	/	/	/	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P
8	CELSE PIZARRO			P	P	P	P	P	P	P	J			P	P	P	P	P	P	P		J	P
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

565556786-6756776-67

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO 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, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

DEPARTAMENTO
Talleres. —

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

PROGRAMA	
Tutoria Recreativa 107062000	

9:00 - 11:15

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Taller Co Básico.

LUGAR DE EJECUCIÓN
Eloisa Diaz 6421

NOMBRE DEL PROFESOR
Rmuela Concha

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miércoles 15:05 - 17:05

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
					20-03-2025	26-03-2025	2-04-2025	9-04-2025	16-04-2025	23-04-2025	30-04-2025	07-05-2025	14-05-2025	21-05-2025	28-05-2025	4-06-2025	11-06-2025	18-06-2025	25-06-2025	2-07-2025	9-07-2025	16-07-2025	23-07-2025	30-07-2025
1	Maria Fernanda Guadalupe	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	PAULA CERDA	P	P	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3	EDITH BARROBENA	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	DANIELA ORELLANA	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Ximena AUGENDAÑO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	DANIELA FIZANDA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	FERNANDO DE LA FUENTE	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	VILIAMOR CUELOS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	5	4				5	6	5	-	4	5	4	6	4	6	5	-						
-----------------------------	---	---	---	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

DEPARTAMENTO
Talleres.

15.05 - 17.15 -

PROGRAMA	
Folha Refeitorio - Nexo	

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Musico Basico

LUGAR DE EJECUCION

Eloisa Diaz 6471

NOMBRE DEL PROFESOR

Samuel Corraza

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Miércoles 11:15 - 13:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N º	F E C H A																			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Mr Pon. CASTELLANO			P	P	P	P	J	J	J	P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	J
2	Mr UPRONIA ESMANI			P	P	J	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P		P	P
3	SD.H. BORRERO			P	P	J	P	P	P	P	P	P		J	P	J	P	P	J	P		P	P
4	Mr OLIVERA NARANJO			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	J	P	P	J	P		P	P
5	SUZABETH FAJIA			P	J	J	J	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P		P	P
6	CARLA PIZORRO			P	P	P	P	P	P	P	J	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P
7	DANIELA MIRANDA			/	/	/	/	/	/	/	P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P
8	DANIELA ORELLANA			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	J	P	J	J	P		P	P
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

164656687-7755765-

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO 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, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

DEPARTAMENTO
Talleres. —

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Taller de negociación de demandas

11:15 - 13:45

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR