

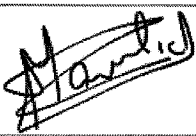
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CONTRERAS PINTO MARCELA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

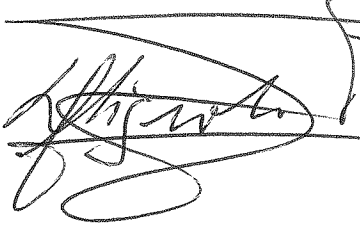
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	COSTURA INTERMEDIO	VIE 10:00-12:00	---	AV. PAUL HARRIS 1301	7
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)	
T.1	Éste mes el grupo se dividió en dos, seguimos con confección de sábanas (1er grupo) y el 2do grupo en bolsos con retazo de mezclilla.	
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. CONTRERAS PINTO MARCELA, 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. CONTRERAS PINTO MARCELA .

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

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
VIZ 10 a 12

	NOMBRE 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
			27-03-25	28-03-25	04-04-25	11-04-25	18-04-25	25-04-25	25-04-25	04-07-25	11-07-25	18-07-25	25-07-25	08-08-25	22-08-25							
1	Gonzalo Alce		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
2	Margarita Calderón		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
3	Angelica Suarez		✓	✓	✓	X		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
4	Carolina Sosa (mrd)		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
5	Ana Marchant		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
6	Yanna Ceballos		✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
7	Pedro Gando			✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
8	Caterine Gando		X	X	X	X		-	-	-	-	-	-	-	-							
9	Nancy Silva			✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓							
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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.

02 Mayo ✓
9 Mayo ✓
16 Mayo ✓
23 Mayo ✓
30 Mayo
06 Junio
13 Junio
20 Junio
10-13 Hrs
Feriado