

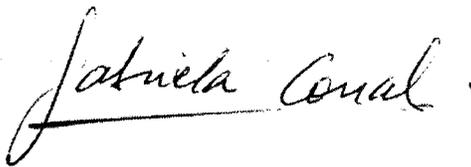
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CORRAL DUEÑAS GABRIELA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

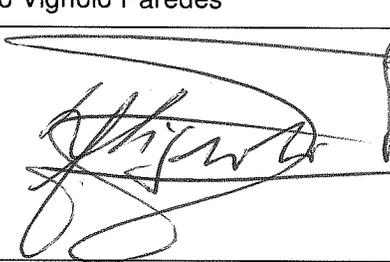
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESCRITURA CREATIVA BASICO	VIE 15:15-17:15	---	CHESTERTON 7159	5
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las ventanas como fuente de inspiración literaria (escribir imaginando diferentes ventanas), crear lista de palabras favoritas y escribir usando la ambigüedad en el lenguaje literario, uso de la repetición como recurso expresivo para crear un texto.
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. **CORRAL DUEÑAS GABRIELA**, 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. **CORRAL DUEÑAS GABRIELA** .

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

Escultura Creativa

LUGAR DE EJECUCION

J.V. Los Jardines de Apoquimbo

NOMBRE DEL PROFESOR

Gabriela Conal

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes 15:15 - 17:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

N	SESIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	SESION	FECHA	28 MARZO	04 ABRIL	11 ABRIL	25 ABRIL	09 MAYO	16 MAYO	23 MAYO	30 MAYO	06 JUNIO	13 JUNIO	20 JUNIO	27 JUNIO	04 JULIO	11 JULIO	18 JULIO	25 JULIO	01 AGOSTO	08 AGOSTO	22 AGOSTO
1	VERONICA LATURPE		P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	P	J	J	J	J		
2	DARIA CORNEJO		P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	P	A	A	J	J	A	A	A	
3	IRISNA KUSCENIC		P	P	P	A	A	A	A	A	A	P	A	A	P	P	P	P	J		
4	SUSANA KUNKAR		P	P	P	P	A	P	P	A	A	P	P	P	J	A	P	P	P		
5	CLAUDIA VARGAS		P	P	P	A	P	P	P	A	A	P	A	P	J	P	P	P	P		
6	LORETO QUIROS		A	A	A	P	P	P	A	A	A	P	P	P	J	J	P	P	J		
7	CRISTINA VELAZQUEZ																				
8	MARCELO TESSI																		P	P	
9	TERESA AGUIRRE																		P	J	
10																			P	P	
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION

5	4	3	3	5	3	4	3	0	0	4	4	4	2	2	4	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "J" (BLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "A" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA
 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO EN LOS TALLERES DE...