

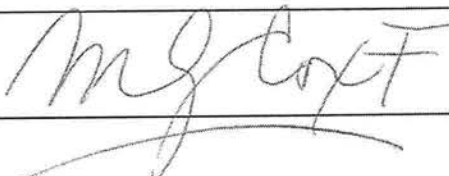
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	COX FERNANDEZ MARIA DE LA GRACIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	DIBUJO Y PINTURA OLEO AVANZADO	JUE 10:30-12:30	—	ALCANTARA 434	5
T. 2	PINTURA OLEO BASICO	JUE 15:30-17:30	—	ALCANTARA 434	3
T. 3	—	—	—	—	
T. 4	—	—	—	—	
T. 5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Guía y correcciones técnicas personalizadas, con el fin de mejorar las soluciones plásticas de acuerdo al lenguaje pictórico.
T.2	Guía en la práctica del dibujo con modelo y correcciones técnicas para lograr una mejor imagen pictórica.
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. COX FERNANDEZ MARIA DE LA GRACIA, 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. COX FERNANDEZ MARIA DE LA GRACIA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Dibujos & Postura al Pie pto</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>Alcántara 434</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>M. Gracia Cox</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Jueves 3:30 a 5:30 PM.</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIÓN	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			20-03	27-03	3-04	10-04	17-04	24-04	8-05	15-05	22-05	29-05	5-06	12-06	19-06	26-06	3-07	10-07	17-07			
1. <i>M. Silvia Torres</i>			P	P	P	/	/	P	P	/	P	P	/	P	J	J	J	J	J			
2. <i>Helga Eisele</i>			P	/	P	P	J	J	J	J	P	/	/	/	/	/	/	P	P			
3. <i>Carolina Alcalde</i>			P	P	P	/	P	P	J	J	J	P	/	P	P	P	/	/	/			
4. <i>Pamela Gubler</i>			/	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J			
5. <i>Francisca Barziga</i>			/	/	P	/	P	/	P	P	P	/	P	P	/	P	/	P	P			
6. <i>Ximena Daniel</i>			/	/	/	P	/	P	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7. <i>M. Isabel Jaramila</i>														P	P	P	P	P	/	/		
8. <i>Sol Lucas (muera)</i>														P	P	J	P	/	P	P		
9. <i>M. Angelica Gacuna</i>																						
10. <i>M. Ignacia Rodriguez</i>																						
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 "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
20-03-2025

DEPARTAMENTO
Talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
31-01-2025

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	P	P	P	P																
2	/	/	/	/																
3	J	J	J	J																
4	J	P	P	J																
5	P	/	J	J																
6	/	/	/	/																
7	/	P	P	P																
8	/	/	/	/																
9	/	/	P	P																
10		P	P																	
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MÉDICO
(SI / NO)	(SI / NO)
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO
SI	NO
NO	NO

[Firma]
FIRMA PROFESOR