



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	DAVILA LOSADA MARIA ISABEL		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/08 - 31/08 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	CERAMICA GRES BASICO	VIE 09:30-11:30	---	TEZCUCO 1283	5
T. 2	CERAMICA GRES BASICO	VIE 11:45-13:45	---	TEZCUCO 1283	6
T. 3	-	---	---	---	
T. 4	-	---	---	---	
T. 5	-	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Insistir en croquera, dimensión de proyectos personales Confección proyectos de cada una, énfasis en vírgenes porta vela Pensamiento crítico. Enfoque personal de cada alumna. Que te inspira hoy y que necesitas para realizarlo. Cual es tu imagen mental y que quieres realizar. Que capacidades tienes para lograrlo. Que te hace resistir. Clase de óxidos y aplicación. Pigmentos. Preparación de esmaltes en pequeñas tinitas.
T.2	Insistir en croquera, dimensión de proyectos personales Confección proyectos de cada una, énfasis en vírgenes porta vela Pensamiento crítico. Enfoque personal de cada alumna. Que te inspira hoy y que necesitas para realizarlo. Cual es tu imagen mental y que quieres realizar. Que capacidades tienes para lograrlo. Que te hace resistir. Clase de óxidos y aplicación. Pigmentos. Preparación de esmaltes en pequeñas tinitas.
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. DAVILA LOSADA MARIA ISABEL, 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. DAVILA LOSADA MARIA ISABEL .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
Cerámica Gres (3.)

LUGAR DE EJECUCIÓN
Texcoco 1286

F. INICIO DEPARTAMENTO
11:45 Hbtl

NOMBRE DEL PROFESOR
Mabel Navila

DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 11:45 - 13:45

F. TÉRMINO PROGRAMA
12:45 Noviembre

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		F E C H A	1/08/25		8/08/25	15/08/25	22/08/25	29/08/25			
Gilda Fawndez		P	P		P						
Patricia Balsells		P	P		P						
Paola Opazo		P	P		P						
Paola Navarro		P	P		P						
Angélica Hoff		P	P		P						
Claudia Aguilar		P	P		P						
Elizabeth Non Chen		P	P		P						

¿ES ADULTO MAYOR?
(SI / NO)

PRESENTA CERTIFICADO MÉDICO
(SI / NO)

SI SI
SI SI
SI
NO
NO
NO

Diase
Duelo
Diase

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES

Mabel Navila
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
Ceramica Gres B

LUGAR DE EJECUCIÓN
Tezcucoc

F. INICIO
Abril

DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL PROFESOR
Mr. Gabriel Davila

DIAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 9:30 - 11:30

F. TÉRMINO
Noviembre

PROGRAMA

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		F E C H A	1/08/25	8/08/25	15/08/25	22/08/25	29/08/25				
Raulina de la Cuadra	P	P									
Carla Ordoñez	P	P									
Paola Navarrete	P	P									
Elizabeth Hen Chen	P	P									
Daniela Solwin	P	P									

¿ES ADULTO MAYOR?

(SI/NO)

PRESENTA CERTIFICADO MÉDICO

(SI/NO)

SI	Problema salud
SI	
NO	
NO	Viaje
NO	

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES

Gabriel Davila
Firma del Profesor



