

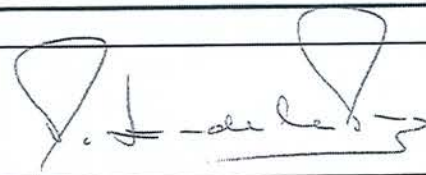
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	DE LA PEÑA CEVAS SUMARA PATRICIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	INGLES CONVERSACION AVANZADO	JUE 09:00-11:00	---	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	9
T. 2	INGLES CONVERSACION INTERMEDIO	JUE 11:30-13:30	---	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	7
T. 3	---	---	---	---	
T. 4	---	---	---	---	
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejercicios de Comprensión oral, pronunciación y repetición (thought, through, thorough, etc); - Comprensión de lectura y discusión del texto -- British high streets, English File, página 19.
T.2	Ejercicios de Comprensión oral, pronunciación y repetición. Uso de must, have to, ejercicios orales. Conversación sobre viajes. Gramática pag. 37 (Messages).
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. DE LA PEÑA CEVAS SUMARA PATRICIA, 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. DE LA PEÑA CEVAS SUMARA PATRICIA .

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
IDIOMA 18 - INGLES CONVERSACIÓN AVANZADO

LUGAR DE EJECUCION
CÍRCULO DE ENCUENTRO EL CANELO

NOMBRE DEL PROFESOR
PATRICIA DE LA PEÑA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JUEVES DE 09:00 A 11:00 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				07-ago	14-ago	21-ago	28-ago	04-sept	11-sept	25-sept	02-oct	09-oct	16-oct	23-oct	30-oct	06-nov	13-nov	20-nov	27-nov
1	CAMPBELL AVENDAÑO JUAN ALEJANDRO	P	P	P	J														
2	DARRIGRANDI MARQUES MARIA CRISTINA AN	P	J	J	J														
3	DELGADILLO CORNEJO ANA MARIA	P	P	P	P														
4	GONZALEZ CAMPOS GUSTAVO ADOLFO	P	P	P	P														
5	IRADI JARA MONICA DEL PILAR	J	J	J	J	J	J												
6	LEIVA IBARRA HECTOR FERNANDO	P	P	P	P														
7	MAUREIRA ESPEJO FROILAN	J	P	J	P														
8	MOSNAIM SOTO SISKE	P	P	P	P														
9	PICON TORRES EDUARDO ORLANDO	J	P	P	J														
10	SANTANA NUÑEZ RAUL ANIBAL	P	P	P	P														
11	SARABIA VILCHES CARMEN GRACIELA	J	P	P	P														
12	VEGA AGUAYO MARIANA MAGDALENA	J	P	J	P														
13	Arredondo Zúñiga Waldo	P	P	P	P														
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
N° DE ASISTENTES POR SESION																			
% DE ASISTENCIA POR SESION																			
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																			

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

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
IDIOMA 17 - INGLES CONVERZACIÓN INTERMEDIO	CÍRCULO DE ENCUENTRO EL CANELO
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
PATRICIA DE LA PEÑA	JUEVES DE 11:30 A 13:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			07-ago	14-ago	21-ago	28-ago	04-sept	11-sept	25-sept	02-oct	09-oct	16-oct	23-oct	30-oct	06-nov	13-nov	20-nov	27-nov
1 COLOMA CONTRERAS SYLVIA ALICIA			P	P	J													
2 GOMEZ ESPINOSA RENATO RICARDO FRAN			J	J	J													
3 GRECIET VARGAS ANDREA ISABEL			P	P	P													
4 JUBERA DEL RIO MARIA DEL CARMEN			P	P	P													
5 LABAN ARENAS CRISTINA DE LAS MERC			P	P	J													
6 MARX FILTER INGRID HELENE			J	J	J	J	J	J										
7 QUEVEDO GOMEZ GLADYS			P	P	P													
8 RODRIGUEZ ENCALADA MARIA ANGELICA			P	J	J													
9 RUIZ FERRER MARIA PAULINA			P	P	P													
10 TABACH GALLARDO SARIFA DEL CARMEN			J	J	J													
11 TIRADO . LILIANA AMALIA DE L			P	P	P													
12 Walker ^{Francisca} Anita			P	P	J													
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
N° DE ASISTENTES POR SESION																		
% DE ASISTENCIA POR SESION				9	8	5												
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

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

INFORME DE ASISTENCIA

F. INICIO
01/08/2025

01/08/2025

DEPARTAMENTO
PERSONAS MAYORES

PERSONAS MAYORES

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

F. TERMINO
31/11/2025

31/11/2025

PROGRAMA
PSL-30

PSL-30

(Informe Final)

ASIST. INDIVIDUAL

ASIST. INDIVIDUAL

N°	%
ASIST.	ASIST.

N°	%
ASIST.	ASIST.

ASIST.	ASIST.
--------	--------

ASIST.	ASIST.
--------	--------

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

FECHA :