

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

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

Nombre	ESPINOZA MONTECINO ANA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CORTE Y CONFECCION BASICO	MAR 17:00-19:00	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	7
T.2	COSTURA ENTRETENIDA BASICO	LUN 16:00-18:00	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	7
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se entregan moldes y tabla de medidas para la confección de Vestidos de 1 año y 2 años
T.2	Se toman las medidas para hacer mantel y camino de mesa, y delantal de trabajo
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. ESPINOZA MONTECINO ANA, 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. ESPINOZA MONTECINO ANA .

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

Corte y Confeccion

LUGAR DE EJECUCION

Diaguinas

NOMBRE DEL PROFESOR

ANA M. ESPINOSA M.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes de 17° Hrs a 19° 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	17	18	19	20
1	Leonor Zaudeta								P						P							P	
2	Maria Lefinao								P						P							P	
3	Mesaica Stiffenegger								P						P							P	
4	Maria C. Trejo								P						P							P	
5	Ariela Torquera								P						P							P	
6	Silvia Munoz A.								P						P							P	
7	Isidora Morales								I														
8																							
9																							
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 "/" (SLACH) 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Postura Entrenada

LUGAR DE EJECUCION

Cardiaguaitas

NOMBRE DEL PROFESOR

ANA M. ESPINOZA M

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes de 16:00 hrs. a 18:00 hrs.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Leonor ZAVALETA E.						P							P							P		
2	Maria Lefinao.						P							P							P		
3	Mesocica Shuffenegger						P							P							P		
4	Maria C. Trejo.						P							P							P		
5	Ariela Torquera						P							P							P		
6	Silvia Muñoz Araya.						P							P							P		
7	Marisol Salinas																						
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° 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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible]


FIRMA PROFESOR