

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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>ESTAY ESTAY SILVANA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TECNICA TEXTILES BASICO	JUE 12:00-14:00	---	MONROE 8484	6
T.2	TECNICAS TEXTILES BASICO	JUE 10:00-12:00	---	MONROE 8484	6
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Durante este mes hemos trabajado en el reconocimiento de diferentes estilos decorativos, explorándolos a través del juego y aplicándolos directamente en la tela. Para ello, pusimos en práctica técnicas ya aprendidas, como el uso de servilletas, folia, pastas y stencil, desarrollando composiciones creativas y originales.
T.2	Este mes reforzamos la técnica del decoupage textil, enfocándonos en cortar, pegar y adherir correctamente los materiales, preparándonos así para la intervención directa en prendas de ropa mediante la creación de collages libres.  Además, exploramos nuevos productos para enriquecer nuestros trabajos, como glitter, pinturas, pastas y periflex, todo orientado a potenciar la creatividad y ampliar las posibilidades en la intervención textil.
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. ESTAY ESTAY SILVANA, 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. ESTAY ESTAY SILVANA .

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**

NOMBRE DEL TALLER: Técnica Textiles      LUGAR DE EJECUCIÓN: J.V. Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR: Silvana Estay      DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Jueves de 12:00 a 14:00 hrs.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N°	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 MAGALY CAVIGONES			P	P	S	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2 FRANCISCA PROTOSALTI			P	P	P	L	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3 BETSI PIZZO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4 PATRICIA SAEZ			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5 VERONICA HERMILY			P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6 PRUWA GODOY			S	P	P	S	J	P	L	S												
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES  
 MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES  
 MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

30/11/2008

**PLANILLA CONTROL**

**NOMBRE DEL TALLER**  
tecnicas textiles

**LUGAR DE EJECUCIÓN**  
J.V. Horizontes de Apoquindo

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
Silvana Estay

**DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER**  
Jueves 10:00 - 12:00 hrs

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIÓN	Nº	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 ANA MARIA CUBILLOS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 PATRICIA SAEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 BELEN RIZZO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 MAGALY CANIEDES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 VERONICA HEURY			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 FRANCISCA PROTOSACTIS.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 YEQUINNY RAMIREZ.			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8 DANIELA CASTA.						J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 PAULINA BOON								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10																						
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 "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

NOMBRE: SAEZ MARTINEZ PATRICIA RIZZO MARIA BELEN  
 CALLE: SAN RAMON  
 NUMERO: 2910  
 BLOQUE: 2  
 DEPTO: 2  
 EMAIL:

