

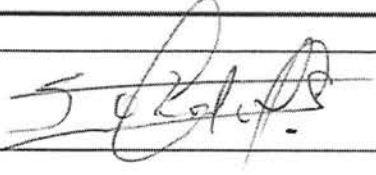
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	FARIÑA CAMPUSANO EMA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

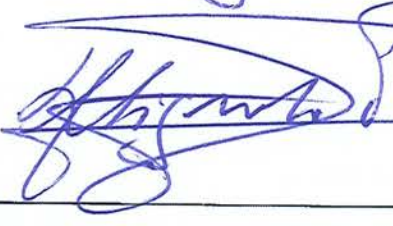
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A CROCHET BASICO	MIE 18:00-20:00	---	AV. PAUL HARRIS 1301	8
T.2	TEJIDO A CROCHET BASICO	MAR 18:00-20:00	---	AV. PAUL HARRIS 1301	8
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 19:00-21:00	---	AV. PAUL HARRIS 1301	7
T.4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 18:00-20:00	---	AV. PAUL HARRIS 1301	7
T.5	—	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Enseño a conocer puntos básicos del crochet para confeccionar prendas de vestir como poleras, chalecos, bufandas, cuellos, tapaditos. Y enseño la técnica de amigurumi animales tejidos.
T.2	Confección de bufandas, ponchos, tejido de palillo y crochet.
T.3	Clase múltiple de manteles, bolsos, caminos de mesa, posa vasos, tapa muebles, etc.
T.4	Tejido en tema libre, en las clases se enseñan diferentes técnicas de puntos a crochet y cada alumna desarrolla sus habilidades de tejer las prendas en libre elección siguiendo indicaciones mías como profesora.
T.5	

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe del Departamento de Gestión de Contratos y Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. FARIÑA CAMPUSANO EMA, 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. FARIÑA CAMPUSANO EMA .

Nombre Jefe de Departamento	<i>Roberto Vignato Fariñas</i>
Firma y timbre Jefe Departamento	 

Las Condes, Agosto mes de 2025 año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

NOMBRE DEL TALLER Tepido Cocchet	LUGAR DE EJECUCIÓN Lilla - Barcelona
NOMBRE DEL PROFESOR Ena Feriña	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER 18:00 - 20:00 hrs - Miércoles

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprima)	SESIONES ASISTENCIA	N																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. MARIA Albornoz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
2. Maria Sanz		J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
3. Lourdes Salazar		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
4. Marcela Garrido		P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
5. Maria Salas		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
6. Gabriela Albornoz		P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
7. Lucrecia Albornoz		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
8. Jimena Barcel		J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
9. Bernarda Toledo									P	P	P	P	P	P							
10. Bernarda Rosario									P	J	P	P	P	P							
11. Dionis Revilla									P	P	P	P	P	P							
12. Ramona Carmona									J	P	T	P	P	P							
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 "/" (BLANK) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA 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 ORIGINAL

PLANILLA CONTROL

DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER <i>Palillo y Cuchillo de acero</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Junta de Vecinos Villa Corumbá</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Ena Fajra</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Martes 18:00 a 20:00 hrs</i>

F. INICIO	
F. TERMINO	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Rosalba Menzella		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Adriano Daming		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Dionela Rosillo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Leticia Canale		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Palmaria Contreas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Bernarda Toledo		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Luz Toledo Toledo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Iris Sandoz		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Rosa Durán		P	P	P	P	P	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																					

21	05-08-21																				
22	12-08-21																				
23	19-08-21																				
24	26-08-21																				
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					
34																					
35																					
36																					
37																					
38																					
39																					
40																					
41																					
42																					
43																					
44																					
45																					
46																					
47																					
48																					
49																					
50																					

N° DE ASISTENTES POR SESION

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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

SE DEBERA 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

NOMBRE DEL TALLER
Palillo - Cuchillo

LUGAR DE EJECUCION
Villa Barcelona

NOMBRE DEL PROFESOR
Fina Edna C.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 19:00 - 21:00 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	17	18	19	20
					01-3-25	28-3-25	04-4-25	25-4-25	25-4-25	05-5-25	23-5-25	30-5-25	27-6-25	11-7-25	17-9-25	25-9-25								
1	Paulina Salinas		P	P	J				P	P	P	P	P	P	P	P								
2	Sandra Alex.		P	P	J				J		P	P	P	P	P	P								
3	Veronica Zenteno		P	P	J				P	P	P	P	P	P	P	P								
4	Margarita Calderon		P	P	J				P	P	P	P	P	P	P	P								
5	Ximena Alarcon		P	P	P				J	P	P	P	P	P	P	P								
6	Eina Marchant		P	P	P				P	P	P	P	P	P	P	P								
7	Rosa Rojas		J	P	P				J	J	J													
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 DEBERA 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Tegido Pelillo Croch

LUGAR DE EJECUCION
Villa Barcolona

NOMBRE DEL PROFESOR
Ema Taira

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves 18:00-20:00

	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
					20-3-25	27-3-25	03-4-25	10-4-25	24-4-25	08-5-25	15-5-25	22-5-25	29-5-25	06-6-25	13-6-25	20-6-25	27-6-25	04-7-25	11-7-25	18-7-25	25-7-25	01-8-25	08-8-25	15-8-25
1	Paulina Salinas	P	P																					
2	Sandra Alce	P	P																					
3	Nemica Zenteno	P	P																					
4	Marponiz Calabron	P	P																					
5	Elena Suarez	P	P																					
6	Marcela Garindo	P	P																					
7	Ximena Alvarcon	P	P																					
8	Ana Marchant	P	P																					
9	(Dora) Halarzuela	P	P																					
10	Glady's Noraswena	P	P																					
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





