



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

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

Nombre	FUENTES LEIVA CAROLINA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	JARDINERIA BASICO	JUE 11:00-13:00	---	PADRE HURTADO SUR 1756	8
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Fomentar el uso correcto de sustratos en la producción de plantas, promoviendo la elección de materiales adecuados para garantizar un crecimiento saludable
T.1	Implementar métodos de compostaje eficientes para transformar residuos orgánicos en abono natural, promoviendo la reducción de desechos y la valorización de recursos
T.1	Capacitar en el uso del humus como enmienda natural que mejora la fertilidad del suelo y fortalece el desarrollo de las plantas
T.1	Desarrollar habilidades en técnicas de trasplante de plantines, asegurando su adaptabilidad y crecimiento óptimo en diferentes etapas.

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. FUENTES LEIVA CAROLINA, 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. FUENTES LEIVA CAROLINA .

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.

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER Jardinero
 PROFESOR Carolina Fuentes
 PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

FECHA 21/08
 HORARIO 11 a 13hs

	NOMBRE	FIRMA
1	<u>Monica Huayada G.</u>	<u>[Firma]</u>
2	<u>Maria Salinas G.</u>	<u>[Firma]</u>
3	<u>Enrique Huayada M.</u>	<u>[Firma]</u>
4	<u>Diana Pereira</u>	<u>[Firma]</u>
5	<u>Maria Vela</u>	<u>[Firma]</u>
6	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
7	<u>Josel Molina E.</u>	<u>[Firma]</u>
8	<u>Gustavo Contreras Leon</u>	<u>[Firma]</u>
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		

