



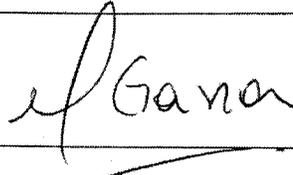
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GANA PARADA MARCELA PIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

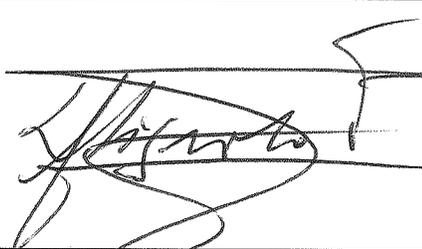
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PINTURA OLEO BASICO	JUE 15:00-17:00	---	CAMINO EL ALBA 8990	2
T.2	PINTURA OLEO BASICO	SAB 10:00-12:00	---	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	5
T.3	PINTURA OLEO BASICO	SAB 12:15-14:15	---	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	4
T.4	-	-	-	-	
T.5	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Pintar, origen del nombre de los colores, simetría Corregir
T.2	P. ntar, origen de los nombres de los colores, simetría
T.3	Pintar, capas, veladuras, corregir. Introducción dibujo figura humana
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. GANA PARADA MARCELA PIA, 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. GANA PARADA MARCELA PIA .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes de año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Pintura Oleo Básico

LUGAR DE EJECUCION
J. Vecino Juan Esteban Torres

NOMBRE DEL PROFESOR
Marcela Gama P.
Gama P.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Sábado 10:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Silvia Calvo		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 Loreto Rodriguez		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	J	J	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Susana Molina		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 Gabriela Lopez		✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	J	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 Catherine Vidal		J	J	J	J	J	J	J	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6 Francisco Mimica		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 Ra Enriqueta Vasquez		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 Alejandro Flores		J	✓	✓	✓	J	J	J	J	✓	✓	J	J	✓	✓	J	J	J	J	J	✓
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION 4 6 7 7 5 6 5 2 5 4 6 5 8 6 6 5 7 5 6 5

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Pintura óleo

LUGAR DE EJECUCION
J-V Juan Esteban Montero

NOMBRE DEL PROFESOR
Marcela Gana

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Sábado 12:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			1 Silvia Castro	J	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 Susana Roliva	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Gabriela Lopich	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 Catherine Vidal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 Francisco Mimica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6 Emma Durán	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 Verónica Mesías	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 Alejandro Flores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION 3 6 5 5 4 4 4 1 5 3 5 4 6 4 4 3 5 4 4 4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BLACH) 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.