

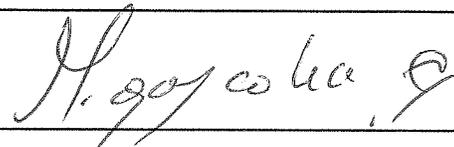
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GOYCOLEA CARREÑO MARIA		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

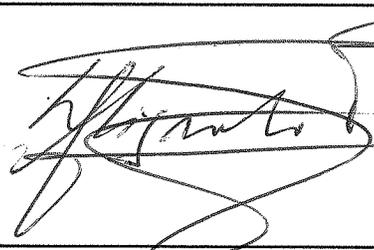
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	AMIGURUMI BASICO	MIE 17:30-19:30	--	DIAGUITAS 603	10
T.2	TEJIDO A PALILLO BASICO	LUN 15:00-17:00	--	JUAN DE AUSTRIA 1539	8
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 18:00-20:00	--	YOLANDA 9435 DEPTO. 11	8
T.4	--	--	--	--	
T.5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	set de amigurumi para Recien nacido. se compone x manta de a pego, sonajeros, Pulpito hecho 100% en algodón
T.2	set de invierno tejido a palillo se compone x gorros, guantes y cuellos Para niños
T.3	chalecos manga corta y larga con la Técnica muerda (palillo y crochet) en TOP DOWN, sin costura
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. GOYCOLEA CARREÑO MARIA, 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 Sr.a./Sr. GOYCOLEA CARREÑO MARIA .

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 <i>Ornigerumeni Basico</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Villa Paul Harris</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>María Gofcolea R,</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Miércoles 17:30 - 19:30</i>

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
			19-3-25	21-3-25	02-4-25	09-4-25	16-4-25	23-4-25	30-4-25	07-5-25	14-5-25	21-5-25	28-5-25	04-6-25	11-6-25	18-6-25	25-6-25	02-7-25	09-7-25	16-7-25		
1 Erika Orce	P	P	P	P	X	P	X	P	P	X												
2 Marisol Sepulveda	P	P	P	P	X	P	-	P	X					X	P	P	P	P	P		X	
3 Macarena Matizana	P	P	P	X	X	X	P	X	P					X	P	P	P	P	P			
4 Aurora Campos	P	P	P	P	P	P	P	X	X					X	P	P	P	P				
5 Paola Ponze	P	P	P	P	P	P	P	P	P					P	P	P	P	P	P			
6 Maria Carrero	P	P	P	P	P	P	P	P	P					P	P	P	P	P	P			
7 Marisol Morales	X	P	P	P	P	X	X	P	X					X	P	P	P	P	P			
8 Marisol Nieto	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	P	P	P	P	X			
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

DE ASISTENCIA

F. INICIO	
F. TERMINO	

	21	22	23	24	25	26	27
1	P	P	P	P			
2	P	P	P	P			
3	P	P	P	P			
4	P	P	P	P			
5	P	P	P	P			
6	P	P	P	P			
7	P	P	P	P			
8	P	P	P	P			
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Villa Paul Harris



Juan De austria 1538

