

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

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

Nombre	HESSIN MENICHETTI FARIDA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	COSTURA BASICO	JUE 10:00-12:00	---	CERRO EL PLOMO 6560 BLOCK 46 DEPTO. 107	5
T. 2	COSTURA INTERMEDIO	MIE 15:00-17:00	---	COLICHEO 1985	5
T. 3	DECORACION CON TELAS	MIE 17:15-19:15	---	COLICHEO 1985	5
T. 4	--	---	---	---	
T. 5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	AVANCE EN USO DE ACCESORIOS MANUWINA DE COSER - CASAS FORMADAS - ESTUCES - CESTAS DE TELA
T.2	CESTAS DE TELA FORMADAS - DETALLADOS COCINA - COJINES (FUNDAS CON CIERRE
T.3	COLCHAS PERNITOS - ESTUCES CON DIVISIONES - CESTAS DE TELA FORMADAS Y USO DE ENTRETELAS PLANCHADAS.
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. HESSIN MENICHETTI FARIDA, 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. HESSIN MENICHETTI FARIDA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año







PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
COSTURA BASICA

LUGAR DE EJECUCION
ESTO COLMO

NOMBRE DEL PROFESOR
FANDE IJESU

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JUEVES 10 - 12⁰⁰

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N°	F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Sora Vega		07-08	P	P	P																	
2	Lucinda Vega		14-08	P	P	P																	
3	Lidia Alvarez		21-08	P	P	P																	
4	Soledad Vallyn			P	P	P																	
5	Formela Villa			P	P	S																	
6	Maria Rebeca Egui			S	S	S																	
7	Maria Paz Eguiguren			S	S	S																	
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				5	5	4																	

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA	
Jolleres recreativas	

[illegible][illegible]

~~FIRMA PROFESOR~~

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
COSTURA INTERMEDIO

LUGAR DE EJECUCIÓN
COLICILLO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR
FANNY HESSIN

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 15:00 a 17:00

	NOMBRE COMPLETO 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
1	MARCELA VILLAGRA		06-08	J	J	P																	
2	ROSA RENTA		13-08	P	P	P																	
3	MACARENA VERA		20-08	P	J	J																	
4	MARIA ELENA ATALAYA			J	P	J																	
5	MARWETTA MENICETTI			P	P	P																	
6	MONICA OVIEDO			P	J	P																	
7	VICTORIA DONOSO			P	P	P																	
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				4	4	5																	

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA :
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Taller, Neoretin

[illegible][illegible]

Funde

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Decoración con telas

LUGAR DE EJECUCIÓN
Colic 1250 1985

NOMBRE DEL PROFESOR
FARIDE HESSIN

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 17:15 a 18:15

	NOMBRE COMPLETO 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
1	MARCELA VILLAGRA		06-08	J	J	P																	
2	ROSA PEÑA		13-08	P	P	P																	
3	MARILYN GONZALEZ		20-08	P	P	P																	
4	MACARENA VARGAS			P	J	J																	
5	MARTA CUEVAS			P	P	J																	
6	MARIA ELENA ATARDI			J	P	J																	
7	MONICA OUIEDO			P	P	P																	
8	ARTURO ESPINOZA			J	J	J																	
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				5	5	4																	

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
02-04

DEPARTAMENTO

Festões de Boleros

INSCRIPCION MINIMA : 4
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30-11

PROGRAMA
Followers Reception

[illegible][illegible]

Kandh.

FIRMA PROFESOR