

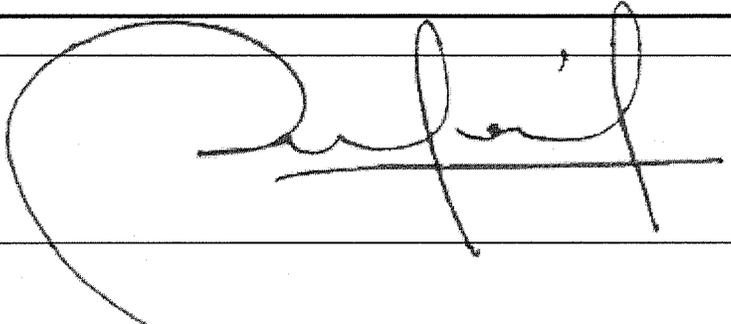
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	HEVIA PACHECO SILVANA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

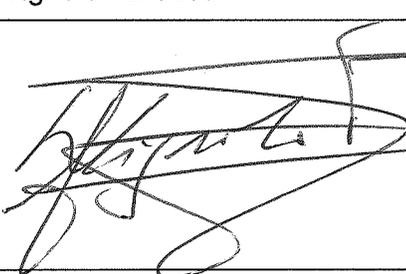
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BISUTERIA INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	---	LEONARDO DA VINCI 7533	6
T.2	MACRAME BASICO	JUE 14:00-16:00	---	LEONARDO DA VINCI 7533	7
T.3	BISUTERIA BASICO	LUN 11:10-13:10	---	LEONARDO DA VINCI 7533	5
T.4	PERSONALIZACION DE ROPA BASICO	VIE 09:00-11:00	---	LEONARDO DA VINCI 7533	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Bisutería Intermedio Realización de pulseras en distintas técnicas utilizando Délicas Miyuki 11/0. Técnicas utilizadas. Telar, Brick, punto cuadrado.
T.2	Taller 2. Macramé Realización de Cojín utilizando distintos nudos (Algunas alumnas lo realizaron como mural). También se comenzó nuevo mural de hojas aún en proceso.
T.3	Taller 3. Bisutería Básico Realización de pulseras en técnica Miyuki en Telar y aros en técnica punto Plano.
T.4	Taller 4. Personalización de Ropa Aplicación de perlas y piedras en chaqueta de jeans.

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. HEVIA PACHECO SILVANA, 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. HEVIA PACHECO SILVANA .

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
Bisutería Intermedio

LUGAR DE EJECUCION
Junta Leonardo da Vinci

NOMBRE DEL PROFESOR
Silvana Ibarra

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 11:15 a 13:15 hrs.

N	FECHA	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	19 Mayo	Cristina Diaz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2	26 Mayo	Arika Peña	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	02 Abril	Ana Peña	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
4	09 Abril	Gloria Torres	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
5	16 Abril	Agliola Solari	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
6	23 Abril	M ^{ra} Luisa Diaz			P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	30 Abril	Priscila Gutierrez												P	P	P	J	J	P	P	P	P
8	07 Mayo																					
9	14 Mayo																					
10	21 Mayo																					
11	28 Mayo																					
12	04 Junio																					
13	11 Junio																					
14	18 Junio																					
15	25 Junio																					
16	02 Julio																					
17	09 Julio																					
18	16 Julio																					
19	23 Julio																					
20	30 Julio																					

N° DE ASISTENTES POR SESION | 5 | 5 | 6 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | - | 7 | 6 | 7 | 5 | 6 | 7 | 7 | - | 4 | 6

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.

Junta Renacimiento Italiano.

DE ASISTENCIA

Bisuteria

F. INICIO
19 Marz

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO
Nov.

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)	
	<i>06 Agosto</i>	<i>13 Agosto</i>	<i>20 Agosto</i>	<i>27 Agosto</i>	<i>03 Sept.</i>	<i>10 Sept.</i>	<i>17 Sept.</i>	<i>24 Sept.</i>	<i>01 Oct.</i>	<i>08 Oct.</i>	<i>15 Oct.</i>	<i>22 Oct.</i>	<i>29 Oct.</i>	<i>05 Nov.</i>	<i>12 Nov.</i>	<i>19 Nov.</i>	<i>26 Nov.</i>						
1	P	P	P																				
2	P	P	P																				
3	P	J	P																				
4	P	P	P																				
5	P	P	P																				
6	P	P	P																				
7	P	P	P																				
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

3 6 7

[Signature]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Macramé

LUGAR DE EJECUCION

Junta Leonardo da Vinci

NOMBRE DEL PROFESOR

Silvana Xena P.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves 14⁰⁰ - 16⁰⁰ hrs.

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		20 Mayo	27 Mayo	03 Abril	10 Abril	17 Abril	24 Abril	01 Mayo	08 Mayo	15 Mayo	22 Mayo	29 Mayo	05 Junio	12 Junio	19 Junio	26 Junio	03 Julio	10 Julio	17 Julio	24 Julio	31 Julio
1	Carmen Gloria Chahuán	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Mireya Pérez	P	P	P	J	P	J		P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
3	Arletty Sanhuza	P	P	P	P	P			J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P
4	Ms. José Burrull	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P
5	Priscila Gutierrez			P	P	P			J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P
6	Elnira Silva	J	P	P	P	P			P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P
7	Ana Luisa Peña																				
8	Ma Luisa Cucarelli																				
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Favorable Record

Nº DE ASISTENTES POR SESION	4	4	6	5	6	5	-	4	6	6	5	6	5	5	4	5	5	4	5	5
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "-" (SI LACI) 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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Bisutería Básico.

LUGAR DE EJECUCION
Junta Leonarda da Vinci

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 11⁰⁰ a 13⁰⁰ 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
1. Cristina Díaz			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P										
2. Gloria Torres			P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P	J								
3. Erika Peña			J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
4. Ana Peña			J	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P								
5. Mercedes Díaz			P	P	P	J	P	P	P				P	P								
6. Gisela Solari			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P								
7. Sonia Cobos								P	P	P	P	P	J									
8.																						
9.																						
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	4	4	5	4	7	5	7	6	4	6	5										
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 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

Personalización de Popo - Básico

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCIÓN

Junta Leonardo da Vinci

NOMBRE DEL PROFESOR

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Silvana Iberia

Viernes 9⁰⁰ a 11⁰⁰ hrs

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SERVICIO - FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		06 Junio	13 Junio	20 Junio	27 Junio	04 Julio	11 Julio	18 Julio	25 Julio	01 Agosto	08 Agosto	15 Agosto	22 Agosto	29 Agosto	05 Sept	12 Sept	19 Sept	26 Sept	03 Oct	10 Oct	17 Oct
1	Macusa Wág	P	P		P	P	P	J	P	P	J										
2	Mallin Mac	P	P		P	P	P	J	P	P	J										
3	Ma Luisa Lucarelli														P						
4	Flov Raranal	P	P		P	P	J	P	J	P	P										
5	Motel mango	P	P		P	P	P	P	P	P	P										
6	Lucía Peña	P	P		P	P	P	P	P	P	P										
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION

5 5 - 5 5 4 3 4 5 4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

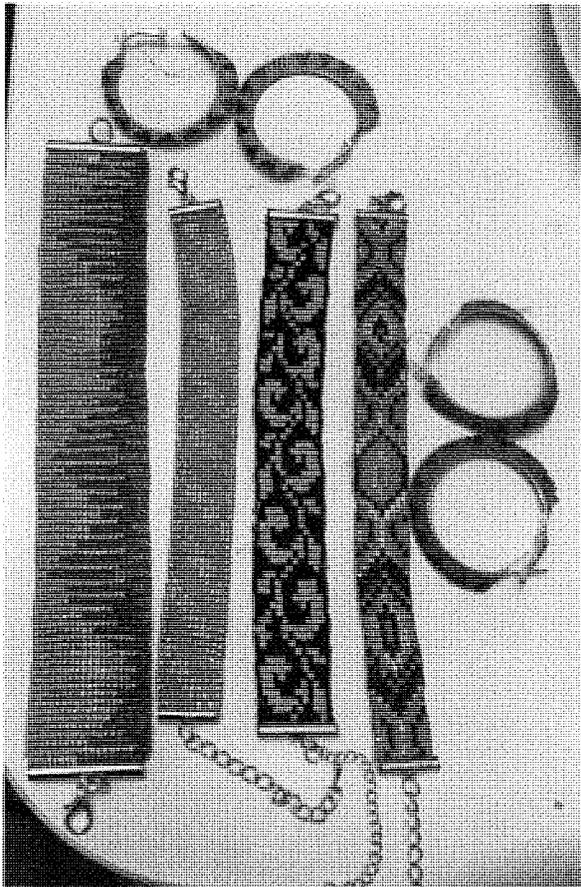
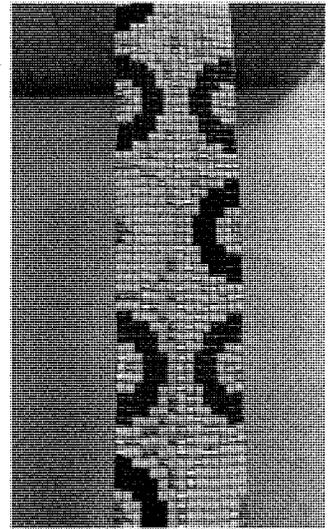
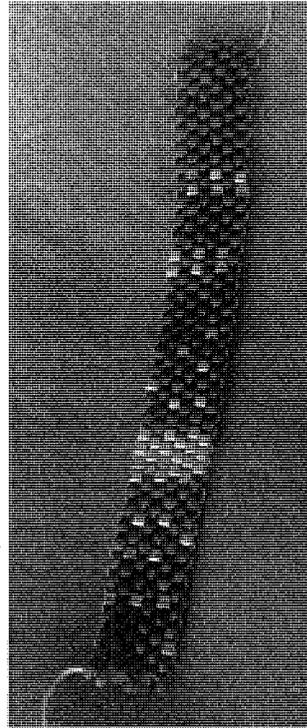
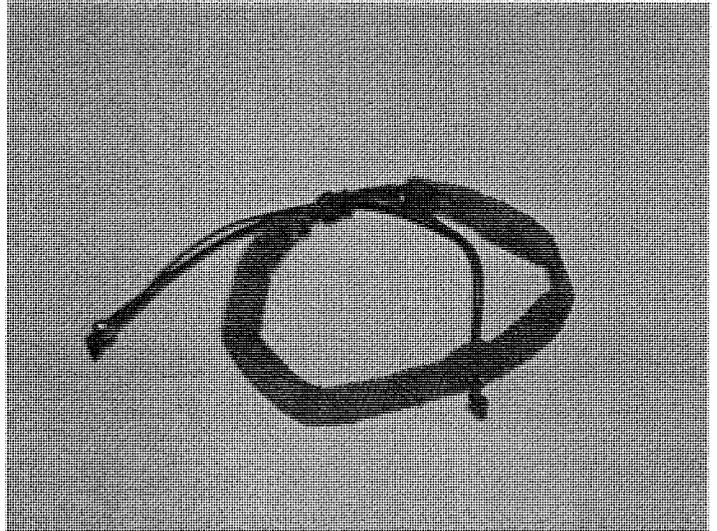
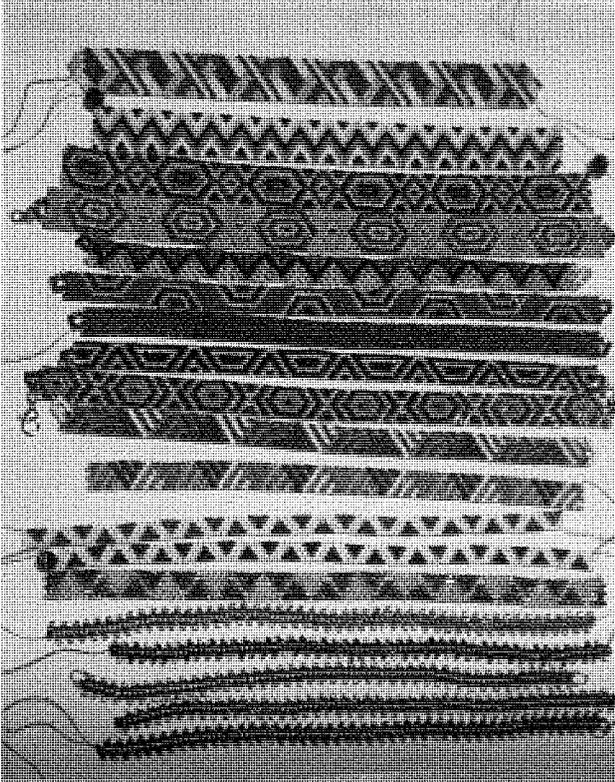
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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.

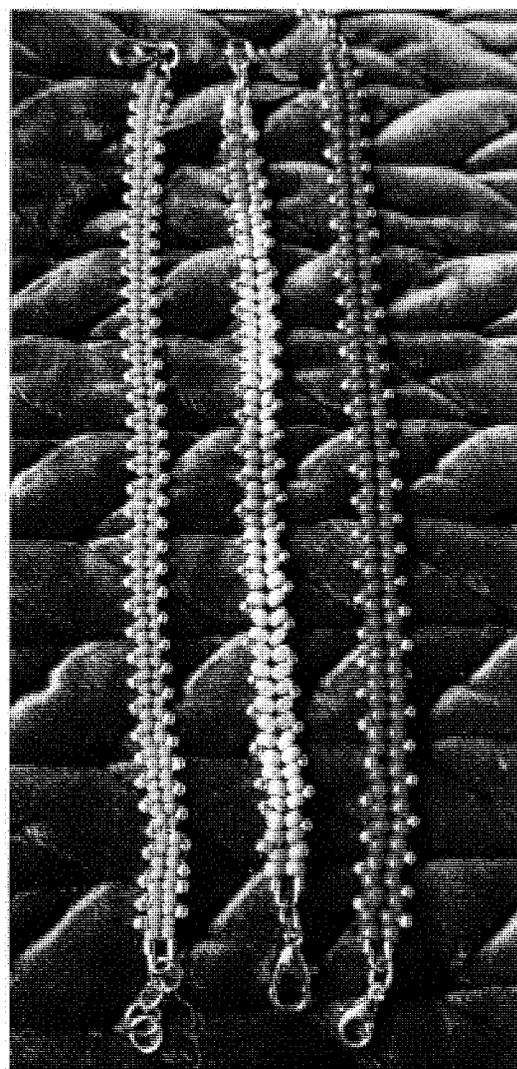
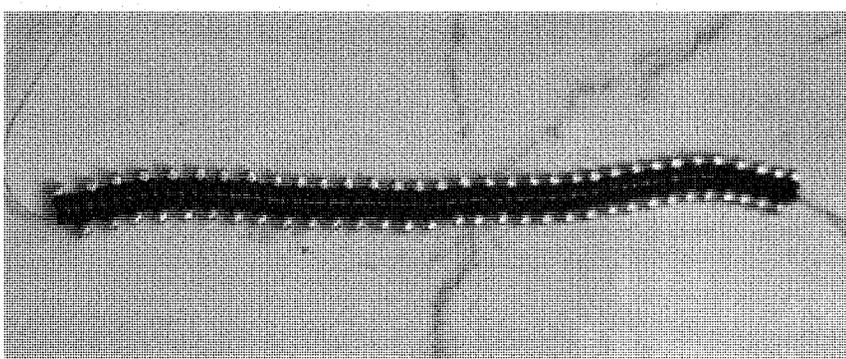
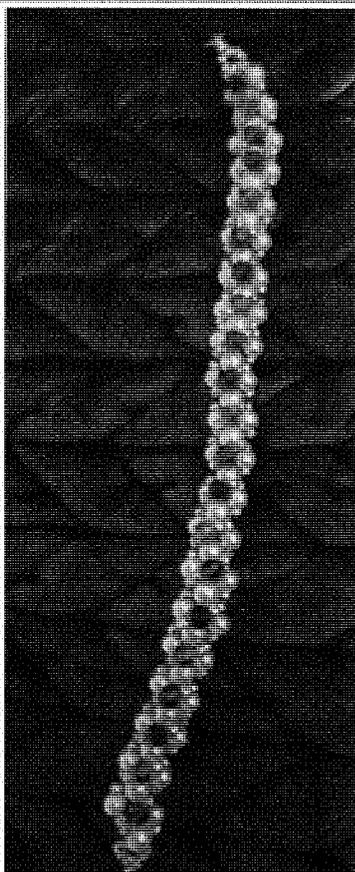
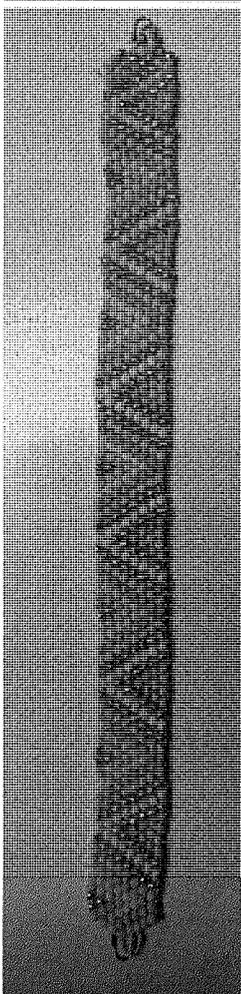
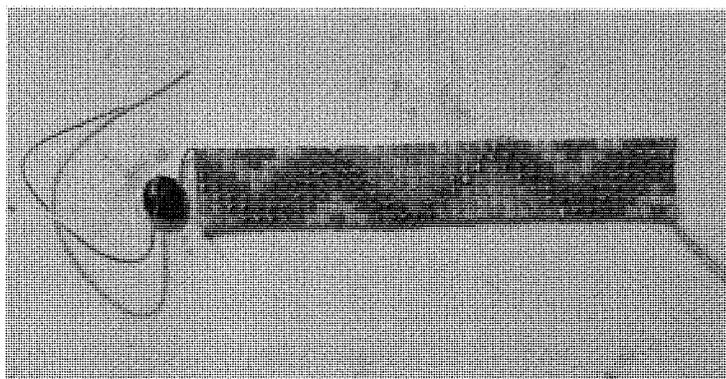
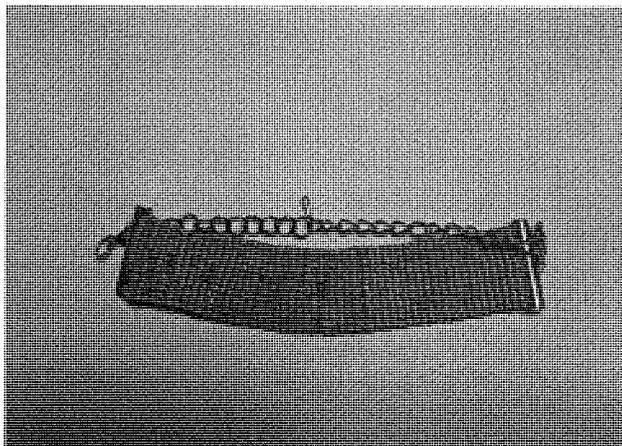
MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

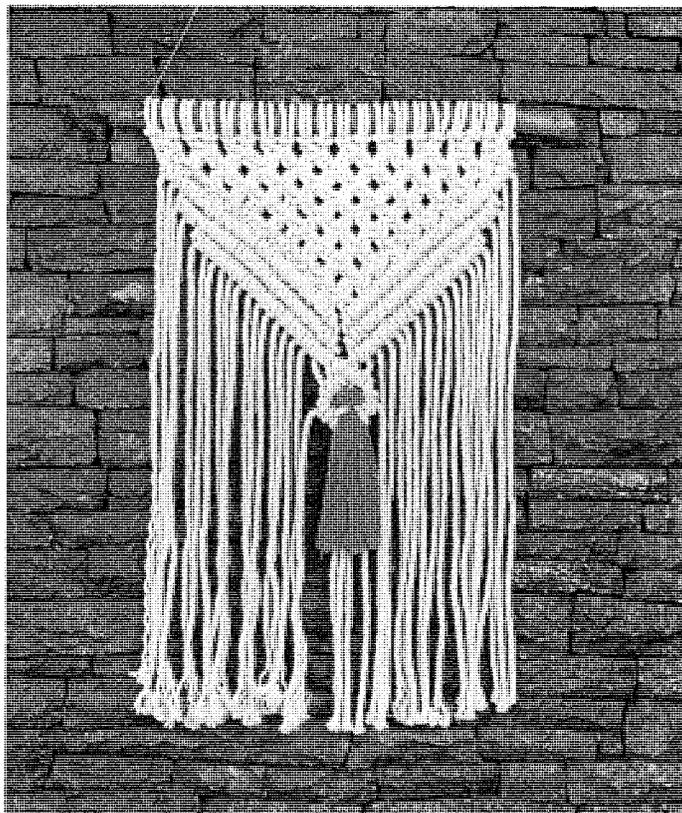
Bisutería intermedia



Bisutería Básico



Macramé



Personalización de ropa

