



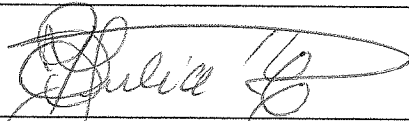
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	JULIA ESCALANTE PILAR		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BISUTERIA AVANZADO	JUE 11:00-13:00	---	COLICHEO 1985	6
T.2	BISUTERIA BASICO	MIE 19:00-21:00	---	COLICHEO 1985	5
T.3	BISUTERIA BASICO	LUN 15:00-17:00	---	COLICHEO 1985	7
T.4	BISUTERIA BASICO	JUE 19:00-21:00	---	COLICHEO 1985	7
T.5	BISUTERIA BASICO	JUE 13:15-15:15	---	COLICHEO 1985	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	- Collar de Tiler gordos, Materiales Tiler, Mostacillas cristales Nº 4 - TERMINO DE TRAPAJOS - COLLAR PARA JUEGOS - ARITOS
T.2	- Collar de Medias Tiler, 2da Parte Materiales Tiler 1/2 minis, Botones 3, Iconos Nº 4 - auto Bases Metálicas, Bases Metálicas, Delicias
T.3	- Pulsera de Perlas y Diamantes (NUEVAS). - Broche de 4 colores, Pelicos - collar de perlas Nº 6 y diamantes Nº 4
T.4	- Terminación y cierre de anillos y pulseras - Pefote par 8 corridos, 1 Delicias de colores. - Pefote impar, Delicias.
T.5	- Pulsera Técnica lazo, 2 colores de Mostacillas Pulsera y anillo de delicias, anillo 2 colores.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

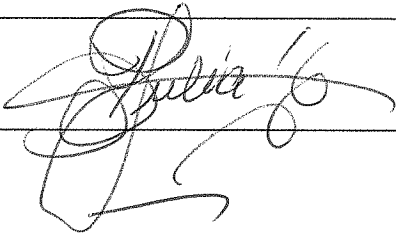
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	JULIA ESCALANTE PILAR		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

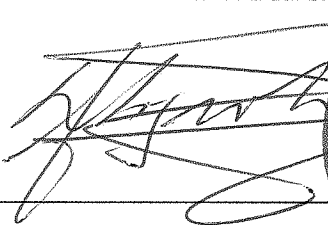
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	BISUTERIA INTERMEDIO	MAR 10:00-12:00	---	COLICHEO 1985	6
T.7	--	--	---	---	
T.8	--	--	---	---	
T.9	--	--	---	---	
T.10	--	--	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	05/08 - arito de 1/2 Tilas Naturales, 1/2 Tila 2 colores, minis 12/08 - Pulsera de 1/2 Tila, 1 color y minis 19/08 - Collar de 1/2 Tila 2 colores, Minis y Montacel/6/1/
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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. JULIA ESCALANTE PILAR, 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. JULIA ESCALANTE PILAR.

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
BISUTERIA AVANZADO.

LUGAR DE EJECUCIÓN
colicheo 1985

NOMBRE DEL PROFESOR
PILAR JULIA E

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
JUEVES DE 11:00 a 13:00 Hs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	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
				07/08/2025	14/08/2025	21/08/2025																	
1	Flore Pina Doris			P	P	P																	
2	GUINEZ ISAMIT ELENA			P	P	P																	
3	BARRIOS E ELIZABETH			J	J	J																	
4	GARCIA STENCL MARIA TERESA			P	P	P																	
5	ROMAN GAETE DOBIS			P	P	P																	
6	MUNOZ MUNOZ MARIA E			P	P	P																	
7	BARRAZA ROJAS claudie			P	J	P																	
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 656

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

F. INICIO
01/05/2025

DEPARTAMENTO
DE GESTION DE TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

BISUTERIA BASICO

LUGAR DE EJECUCIÓN

colicheo 1985

NOMBRE DEL PROFESOR

PILAR JUHA'E

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

MIERCOLES 19 a 21 Hrs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	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
					06/08/21	13/08/25	20/08/21																
1	MUNOZ PEÑA CLAUDIA			P	P	P																	
2	MOWNA SOTO MARIA J				P	P	P																
3	ABAUENA ABAENA MARICENE				P	P	P																
4	RAMIREZ CERDANAYASHA				P	P	P																
5	KAMAL TAPIA SOHAA				P	P	P																
6	PAUEZ DONOSO Marcela				J	J	J																
7																							
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	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

DEPARTAMENTO
DE GESTION DE TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DESARROLLO.

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

BISETERIA BASICA

LUGAR DE EJECUCION

COLICHEO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR

PILAR JULIA E.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES DE 1500 a 17 Hrs.

	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	GERLI CARVACHO ALIAN	P	P	P																			
2	MONTENEGROS F. PATRICIA	P	P	P																			
3	SOTO OLIVOS XIMENA	P	P	P																			
4	WASBLUTH J. GRACIELA	P	P	P																			
5	AVALOS MORENO PATRICIA	P	P	P																			
6	INOSTROZA BRAVO CAROL	P	P	J																			
7	ZUÑIGA OYANEDEL MARTA	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				7	7	6																	

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

BISUTERIA BASICO.

LUGAR DE EJECUCIÓN

COCHENO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR

Priscilla J. J. J.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

JUEVES DE 17⁰⁰ a 21⁰⁰ Hrs.

	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	MAURIQUEZ CARRILLO PAULA	P	P																				
2	ROSALES SALCEDO MARIA E	P	P																				
3	PENA SIRLEY JOHANA	P	P																				
4	ORTIZ TORRES PAULINA	P	P																				
5	RIGUELME TORRES MARIA	P	J																				
6	LEYVA ROBLES DIANA	P	P																				
7	RUIZ PALMA CLAUDIA	P	J																				
8	CUEVAS MARIA CRISTINA	P	P																				
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				86																			

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

DEPARTAMENTO
DE GESTION DE TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS y DE DESARROLLO

[illegible][illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BISOTERIA BASICO.

LUGAR DE EJECUCIÓN
COLIQUEO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR
PIAR JULIA E.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
JUEVES DE 13:15 a 15:15 Horas.

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	LOBOS VALENZUELA PIAR		5/08/10	P	P	P																	
2	GARCIA STENGL MARIAT			P	P	P																	
3	ROMAN GAETE ROSA			P	P	P																	
4	SOTO OLIVOS XIMENA			P	P	P																	
5	CORTIZ MATEVUNA SOLANGE			P	P	P																	
6	PEREZ BUSTAMANTE MARISOL			P	P	P																	
7	WALS BLUTH JALHAN GRACIELA			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 SESIÓN				7	7	6																	

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

DEPARTAMENTO
DE GESTION DE TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Bisuteria intermedio

LUGAR DE EJECUCIÓN
Colicheo 1985

NOMBRE DEL PROFESOR
Pilar Julia

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes de 10 a 12⁰⁰ Hs

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				05/08/2025	12/08/2025	19/08/2025																	
1	QUEZADA DECEBRA OLGA	P	P	P																			
2	GERLI CARVACHO LILIAN	P	P	P																			
3	PALMA GONZALEZ MARTHA	P	P	P																			
4	SOTO BONOSO OLGA	P	P	P																			
5	MARTINEZ VALENZUELA BEATRIZ	/	/	/																			
6	HIGONE REFINO BRINA	P	P	P																			
7	RUIZ JUA PAMELA	P	J	P																			
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	756																						
-----------------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA	
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

[illegible]

FIRMA PROFESOR

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

