

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

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

Nombre	LEON LIRA MARIA JOSE		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	FLORES PRENSADAS BASICO	MIE 09:00-11:00	---	██████████	7
T.2	FLORES PRENSADAS BASICO	MAR 11:15-13:15	---	██████████	7
T.3	FLORES PRENSADAS BASICO	VIE 12:00-14:00	---	██████████	6
T.4	TERRARIOS Y KOKEDEMAS BASICO	MAR 09:00-11:00	---	██████████	6
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las alumnas ,aprenden una nueva técnica con flores vivas y con un martillo ' se saca el pigmento natural y esta queda impresa en papel o género .otras alumnas decoran velas con su flores ya prensadas usando una plancha y papel mantequilla el calor deja la flor impresa en la vela .y otro grupo trabaja en sus propias creaciones con flores ej:cuadros .
T.2	Las alumnas aprenden a confeccionar tarjetas de saludos utilizando papel y sus flores listas ya prensadas .las alumnas nuevas aprenden la técnica de prensado y almacenamiento de las flores .otras trabajan en frascos de vidrio,decorando estos con sus flores . las alumnas más avanzadas trabajan en cuadros de mayor tamaño realizando sus propias creaciones.
T.3	Las alumnas trabajan con su prensa botánica:recolectando flores y prensando estas inmediatamente.otro grupo trabaja con letras ,iniciales de un nombre sobre papel de acuarela y la rellenan con sus flores listas secas sacadas de su propia prensa .tb trabajan un mándala siguiendo un patrón floral .
T.4	En este taller se le entregó al alumno una guía de los diferentes terrarios que haremos.donde se ejemplifican las plantas que usan para cada uno de estos ,ahora estamos trabajando con plantas suculentas que son adecuadas para este tipo de terrarios .los alumnos traen sus propios frascos.los terrarios se trabajan con sustrato y piedras de diferente granulación .
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. LEON LIRA MARIA JOSE, 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. LEON LIRA MARIA JOSE .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

		
taller 1	taller 1	taller 1
		
taller 2	taller 2	taller2
		
taller 3	taller 3	taller3
		
taller 4	taller 4	taller 4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Flores PENSADAS b6vico

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
Maria Jose Leon Luna

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Inicio 04/05/2025 Miércoles 09:00 a 11:00

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 MARIA JOSE MIRANDA TORRES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 ARQUELA JARA LEASVEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 PRANUELA MUÑOZ JARA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 XIMENA RODRIGUEZ VILLALBA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 MARIANA DIAZ LOPEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 CELIA FORTUQUA DE LA ROSA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 MARIA XIMENA MUÑOZ MORENO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 VIOLA DOMIN KURTH	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

DE ASISTENTES POR SESION 17 15 16 16 16 17 16 17 18 17 17 16

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

F. TERMINO:
DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

DE ASISTENCIA

F. INICIO
2/5/25

DEPARTAMENTO
Taller (Recreativo)

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
Fluidependado Taller Recreativo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR?
(SI / NO)

PRESENTA CERTIF. MEDICO
(SI / NO)

NO NO
NO NO
NO NO
SI NO
NO NO
SI NO
SI NO
SI NO

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Maria José RUIZ LARA	MAYO 2005. Martes 11:00 y 13:00.

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	5	4	5	2	5	2	5	5	6	6	7	7	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA
2 alumnos nuevos de transferencia a finales
P. Ferrada
 SE DEBE SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ALUMNOS MAYORES QUE PARTICIPEN

FINICIO

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

LES ADULTO

PRESENTA

[Signature]
FIRM/PROFESOR

PLANILLA CONTROL	
NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Flora Fernández	
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
María José Rodríguez	17/10/2025. viernes de 12:00 a 14:00 hrs

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 0553510152017171
 MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA
 F. FORTIADO (PUEVO) (N) IVAN ALUMNO FUE 2 veces 4 clases
 SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6 (Con menos del mínimo se debe evaluar centralidad del taller)
2/5/25	GRATON DE TALLERES	
F. TÉRMINO	PROGRAMA	
30/11/25	TALLERES PREVENTIVOS	

[illegible]

FIRM PROFESSOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Recreación y deporte (juegos)

LUGAR DE EJECUCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR: Isabel José Linares

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: 01/05/2022 Martes de 09:00 a 11:00

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. CASHIR, ANDRÉS ARROY	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. FERNÁNDEZ, RONALD A. HO.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. TUDARÉ, FRANCISCA ANA B.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4. BUSTOS, LUIS F. LAROL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. MARA, GRACIELA GARCER	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. RIVERA, ROSARIO GONZALEZ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7. VILLALBA, ROSA GONZALEZ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8. VERONICA, WASS BLUTH																				
9. ALFONSO, LÓPEZ GARCÍA																				
10.																				
11.																				
12.																				
13.																				
14.																				
15.																				
16.																				
17.																				
18.																				
19.																				
20.																				
21.																				
22.																				
23.																				
24.																				
25.																				

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN: 14 4 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5

MARKER CON UNA "P" SE ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARKER CON UN "I" SE ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
 MARKER CON UNA "X" SE ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA
 F. TOTAL: 144
 SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL BUENO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN
 * Se aplicará del taller

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 25/21

DEPARTAMENTO: Colegio de Talca

INSCRIPCIÓN MINIMA: 6
(con muestra del mínimo de datos que se controlará del taller)

F. TERMINO: 30/11/21

PROGRAMA: (Módulo de Matemáticas Básicas)

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
ES ADULTO MAYOR?																				
PRESENTA CERTIF. MEDICO																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

[Signature]
 FIRMA PROFESOR