

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

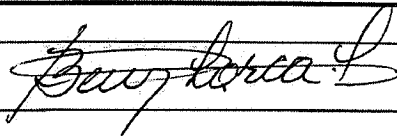
Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	LORCA FREDES BENY ROXANE		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 09:30-11:30	---		4
T.2	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 09:30-11:30	---		4
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 10:00-12:00	---		4
T.4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 10:00-12:00	---		5
T.5	-	---	---	---	

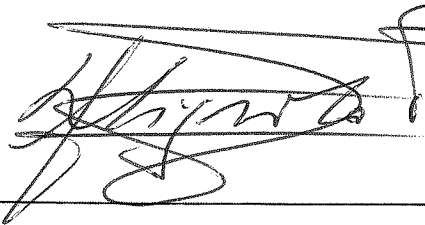
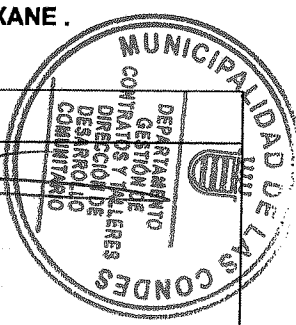
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se revisan tejidos empezados y se hacen las correcciones corresp. (poleras, chalecos, chales) Se explica como se hacen los rebajes del cuello redondo y en punta.
T.2	Revisión tejidos empezados (chaleco, poleras y puntas) Se corrigen algunos. Se empiezan a tejer pantuflas a crochet, se dan las indicaciones corresp.
T.3	Estan tejiendo poleras, chalecos de dama con diferentes puntos (jersey, correteado y pto escalados.) Se empieza a crochet chalecos de guagua. Se dan indicaciones corresp.
T.4	Terminación de poleras a palillo Se continua a crochet cuello buzoanda Terminación chal de guagua tejido a palillo con terminación a crochet.
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. LORCA FREDES BENY ROXANE, 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. LORCA FREDES BENY ROXANE .

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
Ejido Varillo - brochet

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR
Rene Torca

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes 9:30 a 11:30 hrs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				14-3-25	24-3-	31-3-	7-4-25	14-4-	21-4-	28-4-	5-5-25	12-5-	19-5-	26-5-	2-6-25	9-6	16-6	23-6	30-6	7-7-25	14-7	21-7	28-7
1	Eamora Sepulveda			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Maria T. Vega			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P
3	Rosa Lucero			P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Carolina Hernandez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Julia Alonso			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Hossana Outierrez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Lorena Bobadilla			P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/
8	Laura Barocci														P	P	P	P	P	P	P	J	J
9	Loreto Sanchez																				P	P	P
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN				7	7	7	7	6	7	6	6	6	6	7	7	6	6	7	7	7	8	7	7

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Cyido Gallo, brochet

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR
Benj Forca Fredes

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes 9:30 a 11:30 hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18-3-21	25-3-	1-4-21	8-4	15-4	22-4	29-4	6-5-21	13-5	20-5	27-5	3-6-21	10-6	17-6	24-6	1-7-21	8-7	15-7	22-7	29-7
1	Ester barranza Flashah	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Margarita Gayardo G.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
3	María S. Ribolledo M.	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P
4	Martha E. Araya U.	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P
5	Luprila Silva A.	P	P	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	J	J	J
6	Verónica Díaz A.	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P
7	Gabriel Aguayo Jara			P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J				
8	Olivia M. Pailay Barrio											P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P
9	Beatriz Pailay Barrio											P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Guillermo Boisa																						P
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	6	6	5	7	4	5	6	6	6	8	6	6	8	9	8	6	6	5	7	8
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
Gestión de Talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 7
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA	
Galerías Recreativas 2 de Aes	

[illegible][illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
Oficina de Gobierno

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6

(Con menos de mínimo se cobra
exceso correspondiente del total)

PROGRAMA
Enfermagem em Oncologia e Hematologia

[illegible][illegible]

Benito
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Exido Talloz brakt	

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Euy Dorca	Jueves 10 ⁰⁰ a 12 ⁰⁰ hrs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº 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
				20-3-21	27-3-21	3-4-21	10-4-21	17-4-21	24-4-21	8-5-21	15-5-21	22-5-21	29-5-21	5-6-21	12-6-21	19-6-21	26-6-21	3-7-21	10-7-21	17-7-21	24-7-21	31-7-21	7-8-21
1	Leslie Uagaita B			J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	
2	Paulina Lopez Arce			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	
3	Isabel Gasté Silva			P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	Aurelia Alvaro L.			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	Susana Alvaro E.			P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	
6	Ana Paola P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7	Francisco Gasté Bruna									P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	
8	Qin Xiling			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	R
9	Patricia Garcia																					P	
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Escuelas Recreativas y Des.

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Taller N° 2



Taller N° 1



Taller N° 4



Taller N° 3

