

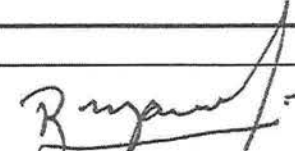
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MACUER BRAVO RAFAEL		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A CROCHET Y TELAR BASICO	MIE 10:00-12:00	---	[REDACTED]	7
T.2	TEJIDO A CROCHET Y TELAR BASICO	JUE 10:00-12:00	---	[REDACTED]	7
T.3	TEJIDO A CROCHET Y TELAR INTERMEDIO	VIE 10:00-12:00	---	[REDACTED]	6
T.4	TEJIDO A TELAR MAPUCHE BASICO	JUE 18:00-20:00	---	[REDACTED]	2

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se enseña como hacer cuadrado Granny, peto y triangulo a crochet
T.2	Se explica punto para hacer preiera a crochet, se sigue con cuadrado a telar para poncho
T.3	Se enseña como tejer un hexagono a crochet para chalero y como hacer botones a crochet
T.4	Se sigue trabajando en el punto nimir en telar y como decorar un árbol
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. MACUER BRAVO RAFAEL, 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. MACUER BRAVO RAFAEL .

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
Crochet y telas básicas

LUGAR DE EJECUCION
Juan E. Montero

NOMBRE DEL PROFESOR
Rafael Macías

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
miércoles 10-12

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N Ú M E R O	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
				19-3	26-3	2-4	9-4	16-4	23-4	30-4	7-5	14-5	21-5	28-5	4-6	11-6	18-6	25-6	2-7	9-7	16-7	23-7	30-7
1 CHAUD JENNY	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 FRACZINET FRIDA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 ROBLES ARINDA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 BAMON SANDRA	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 HUERTA TERESA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 LEON NATALIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ROMERO MARIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 TOPALI XIMENA	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 FERNANDEZ SOLEDAD	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 GATILAN MARIA																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

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

ASISTENCIA

INICIO

DEPARTAMENTO

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

TERMINO

PROGRAMA

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
6 Agosto	13 Agosto	20-8																	
P	P	P																	
J	P	P																	
J	J																		
P	J	J																	
P	P	P																	
P	P	P																	
P	J	P																	
P	P	P																	
P	P	P																	

¿ES ADULTO
MAYOR?

(SI / NO)

PRESENTA
CERTIF.
MEDICO

(SI / NO)

NO

SI

SI

SI

SI

NO

SI

NO

NO

NO

NO

FIRMA PROFES

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Crochet y Telar	Juan E. Montero
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Rafael Macías	Jueves 10-12

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION	
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	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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

SISTENCIA

<table border="1"> <tr><td>NO</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	NO		<table border="1"> <tr><td>DEPARTAMENTO</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	DEPARTAMENTO		INSCRIPCION MINIMA : _____ (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
NO						
DEPARTAMENTO						
<table border="1"> <tr><td>VINO</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	VINO		<table border="1"> <tr><td>PROGRAMA</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	PROGRAMA		
VINO						
PROGRAMA						

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
TELAR MAPUCHE

LUGAR DE EJECUCION
MONTEBEL 8484

NOMBRE DEL PROFESOR
RAFAEL MAXUER

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JUEVES 18.20

	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
					20-3	27-3	3-4	10-4	17-4	24-4	8-5	15-5	22-5	29-5	5-6	12-6	19-6	26-6	3-7	10-7	17-7	24-7	31-7	
1	BERRIOS MARGARITA				P	J	J	J	J	J	J	/	/											
2	PIZARRO SYLVIA				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	LEYELIER LUCIA				P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	MOYA TATIANA				P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	CHAVEZ ANDREA				J	J	J	J	J	J	J	J	J											
6	RIOSECO HELIA				P	P	P	P	J	J	J	J	/	P	P	P	J	J	J	J	/	/	/	/
7	LOYOLA FABIOLA				P	P	J	P			J	J												
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION

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

E ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TÉRMINO

PROGRAMA

Talleres Recreativos

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	7-8-26	14-8-26																		
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)

SI

SI

NO

NO

NO

SI

SI

FIRMA PROF