

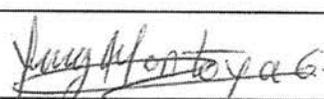
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

Mes	Agosto
-----	--------

Nombre	MONTROYA CUETO YENY MABEL		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

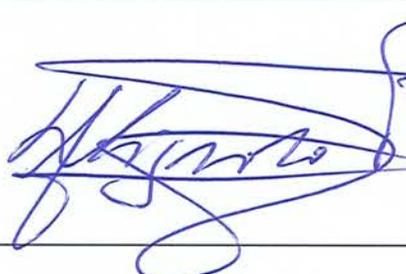
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GASTRONOMIA BASICO	VIE 19:00-21:00	---	DIAGUITAS 603	4
T.2	REPOSTERIA BASICO	JUE 19:30-21:30	---	VITAL APOQUINDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 105	5
T.3	REPOSTERIA BASICO	LUN 18:00-20:00	---	DIAGUITAS 603	7
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Realizamos pastas peruanas y comida china, arroz chaufa-cerdo agri dulce.
T.2	Realizamos picarones con miel de higos, galletas mangeadas, dulces chilenos.
T.3	Realizamos dulces chilenos, galletas mangeadas, galletas de champagne.
T.4	_____
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. MONTOYA CUETO YENY MABEL, 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. MONTOYA CUETO YENY MABEL .

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.

# PLANILLA CONTROL

**NOMBRE DEL TALLER**  
Reposteria Basico

**LUGAR DE EJECUCION**  
Vital Apogundo 1690 Block AS

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
Yeny Montoya Cueto

**DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER**  
Jueves de 19:30 a 21:30

NOMBRE 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
1 Alarcon Elgeta Nilda.	P		P	P	P		P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Laborda Cavedo Antonia	/		/	/	/		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3 Montecinos Pizarro Mailine.	P		P	P	P		P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Mariategui Zapata Blanca.	P		P	P	P		P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
5 Vidal Aros Rosa	/		/	/	/		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6 Soto Pereira Maria O.	P		P	P	P		P		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J
7 Fernandez Rojas Paola.	P		P	P	P		P		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J
8 Cavedo Palma Keishna	/		/	/	/		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 Fuentes Correa Sofia	/		/	/	/		/		/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
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 "/" (SLACH) 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

# PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
Gastronomía

LUGAR DE EJECUCION  
Villa Paul Harris

NOMBRE DEL PROFESOR  
Yeny Montoya

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER  
Lunes de 18 a 20 horas

N	SESIONES	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		Maria Cavieres	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2		Margrit Tamayo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3		Natalia Avello	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4		Jeticia Fernandez	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5		Silvia Montoya	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/
6		Isabel Guayardo	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	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

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