

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

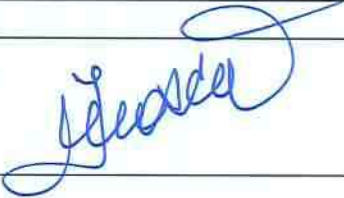
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MORA OSORIO MARIA INES		
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	JUE 15:30-17:30	---		6
T.2	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 16:00-18:00	---		7
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Grupo antiguo, excelente ambiente trabajan muy bien; Hicieron mi tizas, fue clara de funciones (crochet)
T.2	Grupo bueno, algunas con necesidades, una con problemas. Otra persona fue eliminada Estados haciendo bucles circulares con botones cables con apoyo de Sra. Fuchsler.
T.3	
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. MORA OSORIO MARIA INES, 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. MORA OSORIO MARIA INES .

Nombre Jefe Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe Departamento	 

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

1. 姓名	2. 性别
3. 年龄	4. 职业

REMANENTE DEL FALLECIDO

(TS) 2 Pablo y Guillermina

REMANENTE DEL FALLECIDO

Hona como Maria

CRAS Y REMANENTES DE EJECUCION DEL FALLECIDO

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CONTINUED IN ADJUDICATING ASSISTANT CLERK'S

MARQUE COMME "F" (SLASH) SI ALUMNE NO AESTIO A CLASSE

MARQUE COM UNA "J" SI ALLUNGO HA JUSTIFICADO SU NASCITA.

E DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

Baller to excuso
15.30 a 17.30 hrs



WATER VEHICLE

