

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MUÑOZ HORMENT MARIA ADRIANA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

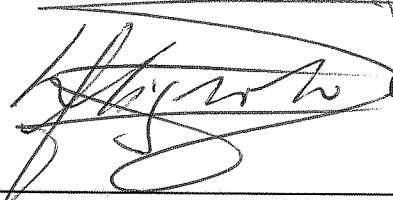
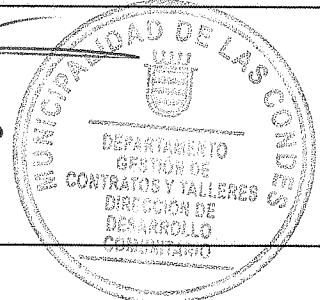
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	JUEGO DE CARTAS	LUN 14:30-16:30	---		13
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Este mes profundizamos en el juego del <i>Revoltijo</i> , aplicando sus variadas técnicas. En algunas sesiones comenzamos jugando Canastón.
T.2	
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. MUÑOZ HORMENT MARIA ADRIANA, 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. MUÑOZ HORMENT MARIA ADRIANA .

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 DE ASISTENCIA

JUEGO DE CARTAS
SERVICIOS 14

LUGAR DE EJECUCION
CÍRCULO DE ENCUENTRO LOS DOMINICOS

NOMBRE DEL PROFESOR
MARÍA ADRIANA MUÑOZ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES 14:30 - 16:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N° F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
				04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025	01/09/2025	08/09/2025	15/09/2025	22/09/2025	29/09/2025	06/10/2025	13/10/2025	20/10/2025	27/10/2025	03/11/2025	10/11/2025
1	CERDA BRICEÑO CRISTIAN HUMBERTO			J	J	J	J	J										
2	COX BAEZA BENJAMIN			-	-	-												
3	DABIKE BARRERA MARIA ANGELICA			P	J	P												
4	DURAN GONZALEZ ROSA LEDDA			J	P	P												
5	ESPINOSA VEGA MARIA RAQUEL			P	/	P												
6	ESPINOZA MALDONADO MANUEL ALBERTO			P	P	P												
7	GODOY MARDONES MONICA			P	P	P												
8	GUERRA SEPULVEDA GLORIA MARTA			P	J	P												
9	LATOURNERIE LAVIN MARIA MERCEDES			P	P	P												
10	MARAMBIO CARMONA LAURA EUGENIA			P	/	P												
11	MASSABO MADARIAGA LIDIA ROSA			P	P	P												
12	PRUDANT PIMENTEL GLORIA ESTELA			P	P	P												
13	RUIZ FUCHSLOCHER BEATRIZ			P	P	P												
14	SIU LAM NELLY ADRIANA			P	P	P	J	J										
15	SOTO LATASTE MARIA LUISA CRISTINA			P	P	P												
16	VELASQUEZ SALAH MARIA EUGENIA			P	P	P												
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
N° DE ASISTENTES POR SESION																		
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

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