



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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>MUÑOZ STEINBERG PRISCILA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A CROCHET BASICO	MAR 17:15-19:15	---	[REDACTED]	5
T.2	TEJIDO A CROCHET BASICO	LUN 11:15-13:15	---	[REDACTED]	5
T.3	TEJIDO A CROCHET BASICO	VIE 15:15-17:15	---	[REDACTED]	4
T.4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 10:30-12:30	---	[REDACTED]	5
T.5	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 18:00-20:00	---	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Este mes la gran mayoría de las alumnas aprendieron dos puntos nuevos que llevé para enseñar y se dedicó todo el resto del tiempo en terminar proyectos individuales de invierno ya que mis talleres son libres, cada alumna teje su propio proyecto a su ritmo y nivel
T.2	Este mes la gran mayoría de las alumnas aprendieron dos puntos nuevos que llevé para enseñar y se dedicó todo el resto tiempo en terminar proyectos individuales de invierno ya que mis talleres son libres, cada alumna teje su propio proyecto a su ritmo y nivel
T.3	Este mes la gran mayoría de las alumnas aprendieron dos puntos nuevos que llevé para enseñar y se dedicó todo el resto tiempo en terminar proyectos individuales de invierno ya que mis talleres son libres, cada alumna teje su propio proyecto a su ritmo y nivel
T.4	Este mes la gran mayoría de las alumnas aprendieron dos puntos nuevos que llevé para enseñar y se dedicó todo el resto tiempo en terminar proyectos individuales de invierno ya que mis talleres son libres, cada alumna teje su propio proyecto a su ritmo y nivel
T.5	Este mes la gran mayoría de las alumnas aprendieron dos puntos nuevos que llevé para enseñar y se dedicó todo el resto del tiempo en terminar proyectos individuales de invierno ya que mis talleres son libres, cada alumna teje su propio proyecto a su ritmo y nivel

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>MUÑOZ STEINBERG PRISCILA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 17:30-19:30	---	[REDACTED]	5
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Este mes la gran mayoría de las alumnas aprendieron dos puntos nuevos que llevé para enseñar y se dedicó todo el resto del tiempo en terminar proyectos individuales de invierno ya que mis talleres son libres, cada alumna teje su propio proyecto a su ritmo y nivel
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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 STEINBERG PRISCILA, 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 STEINBERG PRISCILA.

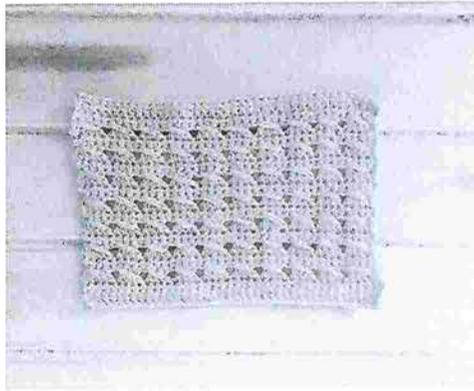
Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año

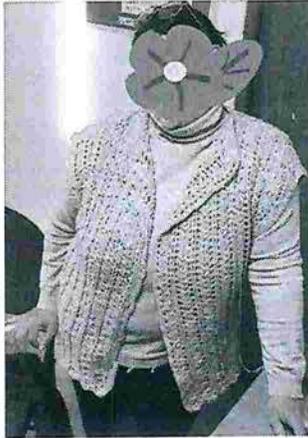
**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Puntos nuevos para todos mis talleres



Taller Relmu Rayen miércoles de 10:30 a 12:30



Taller [REDACTED] Lunes de 11:15 a 13:15



Taller Parque remodelación San Luis



Taller Relmu Rayen Jueves de 17:30 a 19:30





## PLANILLA CONTROL

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> TENDIDO A COCCHET BASICO	<b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div>
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> PUNZOLA MARIO SEIBERTH	<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER</b> LUNES DE 9:15 a 13:15

Nº	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	CLARA ALVAREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	PATRICIA RUBIO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	MIRIAM GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	ROSA KRAEMER	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	M <sup>o</sup> VEDOVICA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	SOLEDAD ZALAZAR						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	CRISTINA PEDER									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	EVELYN TORRANT									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	ANDREA SCHIDID									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	CARLA AGÜERO														P	P	P	P	P	P	P
11	CADEN														P	P	P	P	P	P	P
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	3	4	3	2	4	3	2	2	3	3	4	3	3	4	5	3	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.

**PLANILLA CONTROL**

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> TALLER A COCHET BÁSICO	<b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b> JARDINES DE ADOQUINADO
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> PATRICIA DÍAZ SEIBERG	<b>DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER</b> VIERNES 15:45 a 17:15

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES INICIA	Nº																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1																						
2																						
3 TALLIA ZECERDA			P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4 LEON YANEZ																						
5 CARLA AGUIERO																						
6 DIANA NUÑOZ																						
7 CAROL STEINBERG																						
8 DANIELA BALIEIRO																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

<b>Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN</b>	1	1	1	1	1	3	2	2	0	2	2	0	4	4	3	3	4	5				
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES  
 MARQUE CON UN "J" (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.

**PLANILLA CONTROL**

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> TEJIDO A PALILLO Y CROCHET	<b>LUGAR DE EJECUCION</b> DELTU RAYEN
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> PRISCILA MUÑOZ SEIBERER	<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER</b> MIÉRCOLES 10:30 / 12:30

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
1 EUGENIA RIVERA			X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2 VALENTINA BASTIAS			/	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 N. JESUS HUEMULAO			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4 GLADYS CARDENAS			/	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 IRENE ELOZ			/	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
6 LILIANA PANDUJANO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ANA TRONCOSO			P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 EUGENIA CORTAZO						P	/	P	J	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 SOLEDAD GONZALEZ						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

<b>N° DE ASISTENTES POR SESION</b>	2	3	5	8	7	6	5	6	7	5	6	6	5	5								
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

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 EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.



**PLANILLA CONTROL**

NOMBRE DEL TALLER TENIDO TALLU Y CROQUET	LUGAR DE EJECUCION RELOJ RAYEN
NOMBRE DEL PROFESOR PATRICIA DURAZO STEINBERG	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER VIENES 17:30 / 19:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHAS																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 EUGENIA DUEÑA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 ANA CACERES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 N° REDENTA CACERES	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4 BLANCA DARIATEGUI	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5 ELIANA VIDAL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 OFELIA SOTO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 LILIANA DANDUSANO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 ANA TRONCOSO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Soledad Gonzalez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 IRENE ELIZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION | 6 | 3 | 6 | 8 | 6 | 6 | 7 | 7 | 8 | 5 | 7 | 7 | 5 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 2 | 5

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 EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.