

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

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

Nombre	NEGRI EDWARDS MARIA STELLA		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T 1	CESTERIA INDIVIDUALES EMBARRILLADOS BASICO	MIE 11 45-13 45	---	[REDACTED]	6
T 2	CESTERIA INDIVIDUALES EMBARRILLADOS BASICO	MIE 09 30-11 30	---	[REDACTED]	6
T 3	CESTERIA INDIVIDUALES EMBARRILLADOS BASICO	LUN 09 30-11 30	---	[REDACTED]	3
T 4	CESTERIA INDIVIDUALES EMBARRILLADOS BASICO	LUN 11 45-13 45	---	[REDACTED]	4
T 5	-	-	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T 1	Estamos incorporando distintos materiales como papel torcido, algodón y yute como técnicas mixtas en la confección de canastos decorativos y funcionales (ej. fuentes para tortillas de maíz).
T 2	Incorporación de distintas técnicas y mezcla de materiales en la elaboración de cestas utilitarias y decorativas. Se enseña a trabajar con figura de tres colores en forma recta y oblicua
T 3	Alumnas muy motivadas en la creación de canastos de colores cálidos y alegres, cestos de papel torcido con bordes de pétalos. Las alumnas buscan su estilo y colores personalizando sus obras.
T 4	Trabajando con yute y papel torcido en la elaboración de servilleteros. También creando canastos con 3 colores en tejido recto y oblicuo, además de fomentar la originalidad en la creación de distintos cierres.
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. **NEGRI EDWARDS MARIA STELLA**, 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 Sr.a./Sr. **NEGRI EDWARDS MARIA STELLA**.

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
Cestería indiv. emb.

LUGAR DE EJECUCIÓN
J.V. Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR
N^a Estela Negri

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
miércoles 11:45 - 13:45

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 MARIANA GRACIA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 GIOVANNA MALDONADO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 ANA MARIA VIDAL		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 CRISTINA CAUQUELLOS		P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
5 MARIA PAZ PEREZ		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	-
6 M. CRISTINARIO		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 CAROLINE TRAPMANN		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J
8 CAROLINA REYES		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 EUGENIA LOPEZ																					PJ
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 8 8 8 8 8 8 8 4 5 7 5 6 7 7 8 6 7 6

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Cestería, individuales...

LUGAR DE EJECUCIÓN
J.U. Horizontes de Apogindo

NOMBRE DEL PROFESOR
M. Stella Negri

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
miércoles 9:30 a 11:30 HS

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESIONES Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			29/6	30/6	01/7	02/7	03/7	04/7	05/7	06/7	07/7	08/7	09/7	10/7	11/7	12/7	13/7	14/7	15/7	16/7	17/7
1 CRISTINA GALEGUILLOS		P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2 M. PAZ PEREZ T.		P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	-	-	-	-
3 EUGENIA LOPEZ		P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	-	-	-	-
4 CLAUDIA MERAÑO		P	J	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 CAROLINA PEREZ		P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 ANA MELBA VIDAL		P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 GIOVANNA MALDONADO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 SOLEDAD PESCE		I	I	I	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 CAROLINE TRAPPMANN		-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	J	J	P	P	P	P	J	J	-	-
10 MARIANA GRACIA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	-
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 7 6 6 6 6 5 1 2 6 5 5 7 8 8 6 6 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

NOMBRE DEL TALLER
Cestería, individuales

LUGAR DE EJECUCIÓN
J.V Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR
N. Stela Negri E.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes 9:30 - 11:30

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SERIES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			5 MAY 25	31	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25		
1 NORA FUJAZON			P	P	P	J	P	- RETIRADA															
2 MONICA ALEMAY			P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P						
3 M. IGNACIA MONTES			P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P							
4 NICOLE KORALEK			P	P	J	P	- RETIRADA																
5 ANA MARIA SANTELICES			P	J	- RETIRADA																		
6 CLAUDIA CARTES			P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J									
7 BARBARA ESPIRITOSA			-	-	-	-	-	P	P	J	P	P	P	J	J								
8 DANIZA IMANA			-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P	J							
9 NARCIZA BULLERA			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	J					
10 CLAUDIA RODRIGUEZ			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	J				
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 6 5 3 3 4 4 3 2 0 4 5 5 4 4 2

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, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
CESTELA

LUGAR DE EJECUCIÓN
J.V. HORIZONTER DE AFOQUUNDO

NOMBRE DEL PROFESOR
M. STELLA UEBEL

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
LUNES 11:30 - 13:45

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	N°																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 MONICA PIZARRO	22/07/11	P	P	P	P	J	P	P	P	P											
2 ANA MARIA SANDELCES	22/07/11	P	P	P	P	J	P	J	P	P											
3 BEATRIZ SCHNIDT	22/07/11	P	P	P	J	J	P	J	P	P											
4 CLAUDIA RODRIGUEZ	22/07/11	P	P	P	J	P	P	P	P	J											
5 GINA SANEDINETTI	22/07/11	P	P	P	P	J	J	P	J	J											
6 BARBARA ESPILOZA	22/07/11	P	P	P	P	J	P	P	J	J											
7 DANIZA IMANA	22/07/11	-	-	-	-	P	P	P	P	J											
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN **666426553**

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













