



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	ROJAS GALLETTI MARCELA		
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	---	██████████	8
T.2	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 15:00-17:00	---	██████████	9
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 11:00-13:00	---	██████████	9
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	ESTAMOS TERMINANDO CHALECOS Y CHOMBAS, Y APRENDIENDO A COCERLOS.
T.2	ESTAMOS HACIENDO TERMINACIONES Y CONFECCIÓN DE CUELLOS.
T.3	ESTAMOS HACIENDO UN CHALECO CON LA TÉCNICA TOP DOWN.
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. ROJAS GALLETTI MARCELA, 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. ROJAS GALLETTI MARCELA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes Año

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Tejido Cuche

LUGAR DE EJECUCIÓN

Psut Horey

NOMBRE DEL PROFESOR

Marcela Rojas

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Viernes 11h a 13h

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)

SESIONES

Nº

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

FECHA

1	ROA ELIZABETH	P	P	P	P	P														
2	Dorcas ADELINA	P	P	P	P	P														
3	Sanchez M. Angelico	P	P	P	P	P														
4	Flores RAMIRO	P	P	P	P	P														
5	CORDENAS GLADYS	P	P	P	P	P														
6	Hernandez Cecilia	P	P	P	P	P														
7	Vidal ELISNA	P	P	P	P	P														
8	RIVERA MARIA	P	P	P	P	P														
9	Idalia Ruiz	P	P	P	P	P														
10	Idalia Ruiz	P	P	P	P	P														
11	LOPEZ PAITU	P	P	P	P	P														
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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 PARTICIPAN

PLANILLA CONTRC

NOMBRE DEL TALLER

PA Lila Crochet

LUGAR DE EJECUCIÓN

Parque la Jofina

NOMBRE DEL PROFESOR

Marcela Rojas

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Jueves 15³⁰ - 17³⁰

NOMBRE 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

22
00
11
22

Retrasada

Nunca ASISTO

Retrasada

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "N" SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES