

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SAN MARTIN VALDIVIA LIDIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

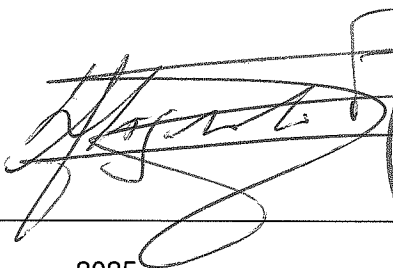
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MULTIPLES TECNICAS BASICO	JUE 12:00-14:00	---		2
T.2	PINTURA EN CERAMICA BASICO	MIE 10:00-12:00	---		4
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Utilización de papel calco para transferir a bizcochos; conocimientos de tipos de temperatura alta o baja, para quema en horno
T.2	Aplicación de cerámica italiana, en piezas utilitarias, con motivos de fiestas patrias
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. SAN MARTIN VALDIVIA LIDIA, 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. SAN MARTIN VALDIVIA LIDIA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Artesanía

LUGAR DE EJECUCION

L. Condes

NOMBRE DEL PROFESOR

Lidia Valderrama

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves de 12.00 - 14.00 hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Impresita)

	S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	SESION	PRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES

MARQUE CON UN "T" SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPE EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBIC. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Pincha la resaca con vino</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN
---	--------------------

NOMBRE DEL PROFESOR <i>Verónica Valdivia</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
---	--

NOMBRE COMPLETO 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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. FRANCISCA LOPEZ			P	P	P	P	P															
2. BLANCA DEVELO			P	P	P	P	P															
3. ANDREA MARTINEZ			P	P	P	P	P															
4. GABRIELA BERGAS			P	P	P	P	P															
5. PAULA HERRADA																						
6. FANNY PALAEO			P	P	P	P	P															
7. ADLY RECHOFF			P	P	P	P	P															
8.																						
9. SUSANA MORENO			P	P	P	P	P															
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19. <i>Excedidos</i>																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	6	4	6	5	5	5	4	3	3													
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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, HIROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROROX.
 ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Taller 1



Taller 2

