

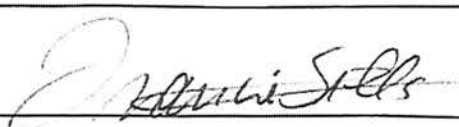
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SILLS GARRIDO FRANCIE		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	PATCHWORK INTERMEDIO	JUE 09:30-11:30	—		7
T. 2	PATCHWORK INTERMEDIO	VIE 09:30-11:30	—		6
T. 3	PATCHWORK INTERMEDIO	JUE 11:40-13:40	—		6
T. 4	PATCHWORK INTERMEDIO	VIE 11:40-13:40	—		7
T. 5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Bolso patchwork en tela y corbatas. Cojín espuja en tela y acolchado.
T.2	Bolso samano en tela. Colcha estrellas en mocho en telas de algodón.
T.3	Cojín aplicaciones de cactus en tela y pañolenci. Bolso Log cabin en tela reciclada de jeans.
T.4	Semdero de mesa en triángulos. Tepete en cordón lomo con telas.
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. SILLS GARRIDO FRANCIE, 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. SILLS GARRIDO FRANCIE .

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

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Patchwork	Resistencia Habana
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Franziska Siller	Jueves 9:30 - 11:30

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION												
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES												
MARQUE CON UN "I" (SLACK) 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INS- (Cont- eval)
20/3/2025		
F. TERMINO	PROGRAMA	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
1	21 Oct 2016																	
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Patchwork</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Renacimiento Italiano</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Francie Silks</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Viernes 9:30 - 11:30</i>

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	16	17	18	19	20	
				21 mar 20	28 mar 20	4 abr 20	11 abr 20	18 abr 20	25 abr 20	2 mayo	9 mayo	16 mayo	23 mayo	30 mayo	6 junio	13 junio	20 junio	27 junio	4 julio	11 julio	18 julio	25 julio	1 agosto	8 agosto
1*	Luisa Galez			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P	J			
2*	Aida Caiche			P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
3*	Hilda Rixeros			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P			
4	Paulina Wabko			P	P																			
5	Beatriz Anguila			J	J																			
6	Milda Zosala			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P			
7*	Caroline Orrellano			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
8	Isabel Valencia			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
9*	Verónica Echague						P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P			
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION																										
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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

Patchwork

LUGAR DE EJECUCION

Recreatorio Italiano

NOMBRE DEL PROFESOR

Francis Sills

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Juñe 11:30 - 13:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SE NOMBRE APELLIDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Niles Lopez	30 marzo	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Luciana Morales	31 marzo	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Diana Carrocho	1 abril	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Lupa Antisano	2 abril	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Giselle Cuevas	3 abril	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Giselle Castro	4 abril	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Helga Wilkendon	5 abril	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Maria Helena Romero	6 abril	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. Anabel Sainz	7 abril	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION

MARKER CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARKER CON UNA "J" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARKER CON UNA "N" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

F. TERMINO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : _____

(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	P																			
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR?

(SI / NO)

PRESENTA CERTIF. MEDICO

(SI / NO)

FIRMA PROFESOR

Scanned with

CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Patchwork</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Renacimiento Italiano</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Francie Silks</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Viernes 11:30 - 13:30</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			F E C H A	21 marzo	28 marzo	4 abril	11 abril	18 abril	25 abril	2 mayo	9 mayo	16 mayo	23 mayo	30 mayo	6 junio	13 junio	20 junio	27 junio	4 julio	11 julio	18 julio	25 julio	1 agosto	8 agosto
1°	Luisa Galaz		J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2°	M ^o Isobel Valencia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3°	Damaris Urrutia		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4°	Ane María Repetto		P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5°	Hilda Rixeros		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6°	Caroline Orrellana		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Paulina Urbke		P	P																				
8°	Elona Guíñez		P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P			P
9°	Verónica Echague					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P
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 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.





