

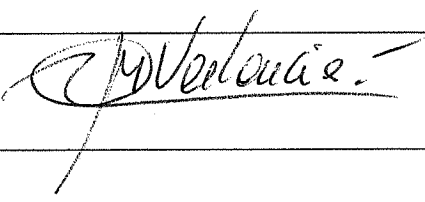
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VALENCIA VALDEBENITO MARIA ISABEL		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BORDADO BASICO	VIE 14:30-16:30	--		7
T.2	CREWELL AVANZADO	LUN 11:05-13:05	--		6
T.3	CREWELL INTERMEDIO	MAR 09:00-11:00	--		5
T.4	CREWELL INTERMEDIO	VIE 17:00-19:00	--		6
T.5	CREWELL INTERMEDIO	LUN 15:15-17:15	--		7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	BORDANDO PROYECTOS ATLASADOS, PRACTICANDO PUNTOS CON PARTICIPANTE NUEVA
T.2	REALIZANDO PUNTO CRUZ, COMENZANDO NUEVOS PROYECTOS, CARPETA PARA 1ER COMUNION NIETO
T.3	BORDANDO CUADROS en PUNTO CREWEL, REPARANDO MOSTRARIO DE PUNTOS, PRACTICANDO SASHIKO - NUEVOS PUNTOS
T.4	TERMINANDO ALGUNOS PROYECTOS Y REALIZANDO BORDADO EN CORTINA DE SAPO, PRACTICANDO NUEVOS PUNTOS
T.5	PRACTICANDO PUNTOS CREWEL Y CRUZ, ALGUNOS TRABAJOS TERMINADOS, COMENZANDO OTROS

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

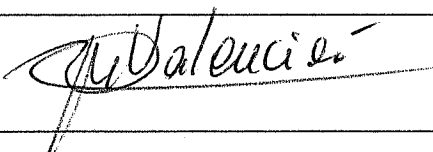
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VALENCIA VALDEBENITO MARIA ISABEL		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

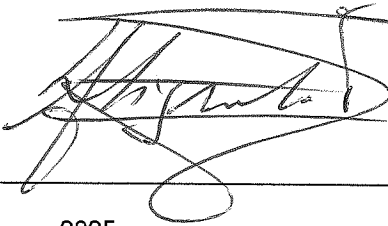
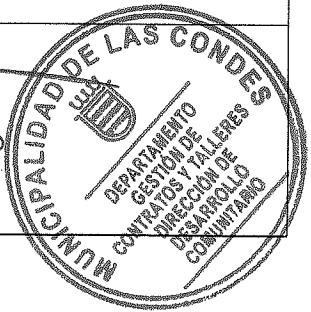
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	CREWELL INTERMEDIO	MAR 11:00-13:00	---		7
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	TERMINANDO ALGUNOS PROYECTOS, COMENZANDO OTROS, PRACTICANDO PUNTOS, ENTRETENIDAS
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. VALENCIA VALDEBENITO MARIA ISABEL, 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. VALENCIA VALDEBENITO MARIA ISABEL.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

T. 1

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BORDADO CROWEL

LUGAR DE EJECUCION
J. de Venenos San Pedro de las Cordes

NOMBRE DEL PROFESOR
M^a / SQ / El Venerable

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 14³⁰ 16³⁰ hrs.-

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	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	28	04	11	18	25	02	09	16	23	30	06	13	20	27	04	11	18	25	01
				MARZO		ABRIL				MAYO					JUNIO				JULIO				AGOSTO
1	ROCIO BISQUERTT			P	J		P	F	J	N	P	P	P	P	J	P	F	P	P	P	P	P	P
2	MARIA MARIA			J	P	P	P	E	J	O	P	P	J	P	P	P	E	P	P	P	P	P	P
3	SILVIA FRANK			P	P	P	I	R	P	I	J	J	J	J	-	-	R	-	-	-	-	-	-
4	HILDA RIVEROS			J	P	P	P	I	P	J	P	P	P	P	P	P	I	P	P	P	P	P	P
5	PATRICIA CANALES			P	P	P	J	A	P	A	P	I	J	J	J	J	A	-	J	P	-	-	-
6	CARMEN SARA BIA			P	P	P	P	D	P	L	P	P	P	P	P	P	D	P	P	P	P	P	P
7	MARGARITA AUTREVE			P	P	P	P	P	P	L	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	PATRICIA BULL			P	P				P	E	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P
9	ANDREA SILVA									R													P
10	BASEL ORTEGA																						
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 "/" (SLACH) 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.

21 MAR 20

--

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

F. TERMINO
30 NOV

PROGRAMA	
Tallones con y sin alcohol	

1	P	F	P
2	P	E	P
3	-	R	
4	P	i	P
5	-	A	
6	P	A	P
7	P	O	P
8	P		P
9	P		
10			P
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

[illegible]

FIRMA PROFESOR



TA

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Crewel

LUGAR DE EJECUCION
Junta de Vecinos Barrios de Proximidad

NOMBRE DEL PROFESOR
M^{ra} Isabel Valencia

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes de 1^{ra} a 13^{as} hrs.

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
				17 MARZO	24 MARZO	31 MARZO	07 ABRIL	14 ABRIL	21 ABRIL	28 ABRIL	05 MAYO	12 MAYO	19 MAYO	26 MAYO	02 JUNIO	09 JUNIO	16 JUNIO	23 JUNIO	30 JUNIO	07 JULIO	14 JULIO	21 JULIO	28 JULIO
1	Lucia Baeza			P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	N	P	J	P	P	P	P
2	Rosario Barrios			P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	M ^{ra} Paz Velazquez			P	O	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	M ^{ra} Medina			J	F	J	M	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Isabel Sainz			P	E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Claudia Silva						O					O	P		P	P	S	J	J	P	P	P	P
7				E													T						
8				N													e						
9				F.													N						
10																	C						
11																	I						
12																	a						
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 "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

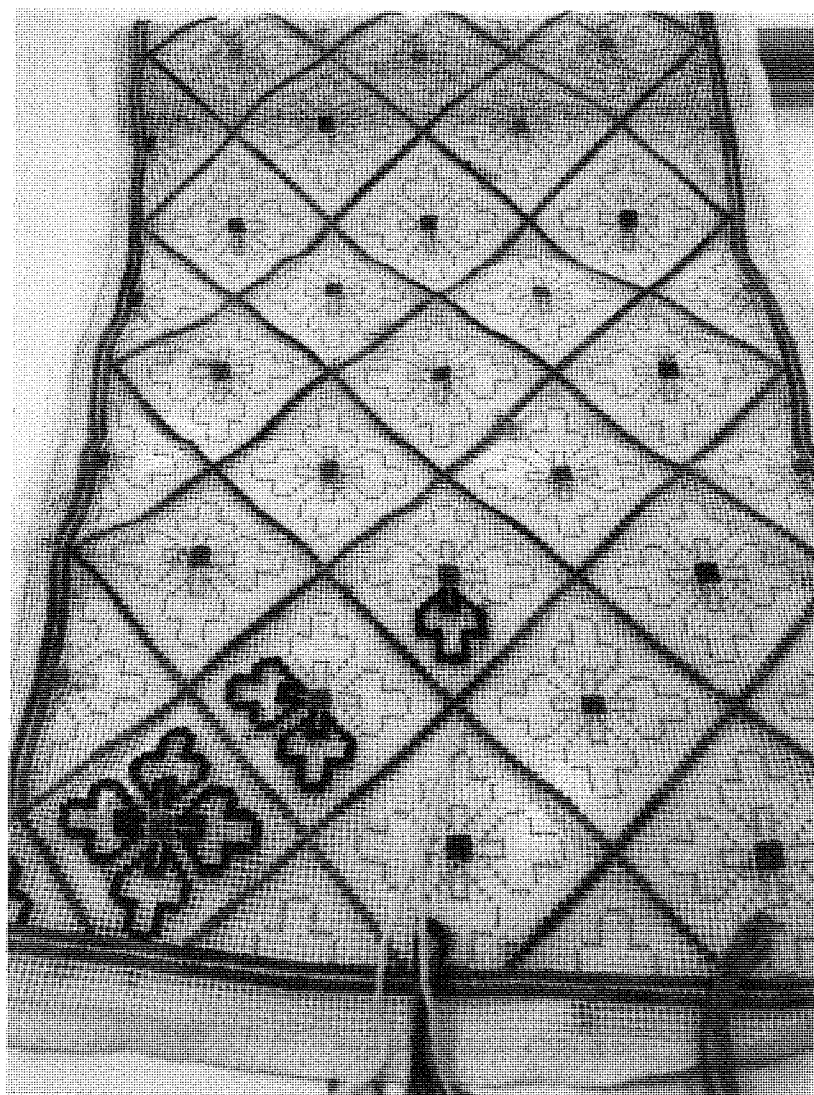
DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

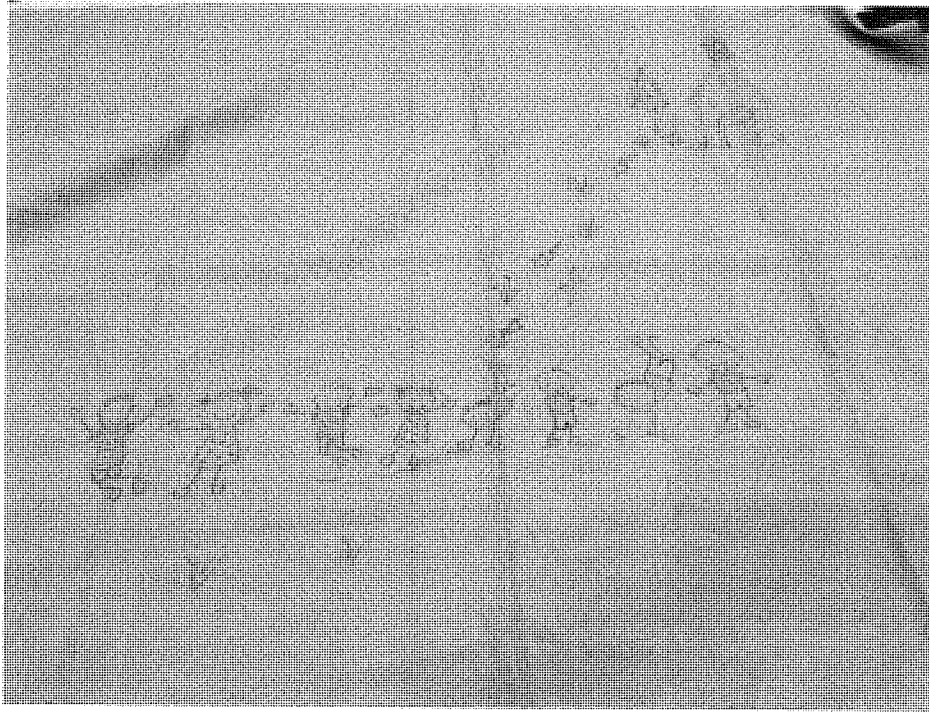
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Taskos 2. y D.

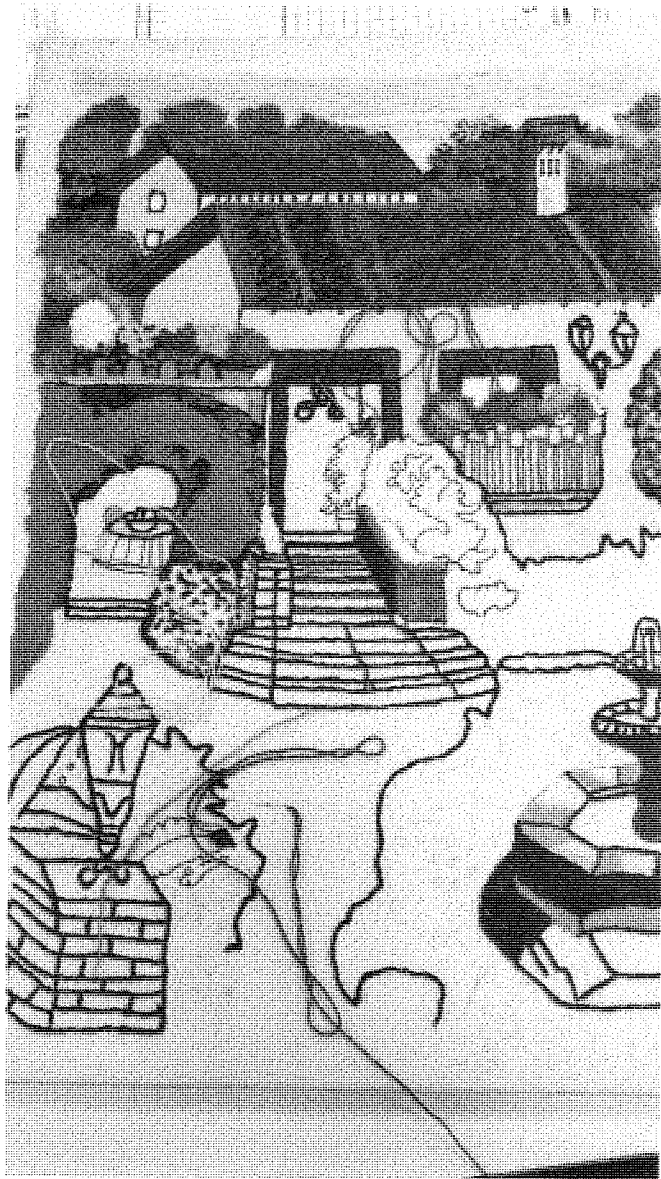
[illegible][illegible]



T2



T2



T2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BORDADO Crewel

LUGAR DE EJECUCION
J. de Vocinos Remediación / Horno

NOMBRE DEL PROFESOR
Teresa / Sabel Videncia

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes 9h - 11h

	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
					10/03	25/03	01/04	08/04	15/04	22/04	29/04	06/05	13/05	20/05	27/05	03/06	10/06	17/06	24/06	01/07	08/07	15/07	22/07	29/07
1	HILDA RIVEROS	P					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	MIPAZ MUJICA	P					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	ANA M ^a VIDAL	P					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	SABEL SAINZ	P					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	M ^a LUISA GODOY					J	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	
6	Alicia Corbalan																							
7																								
8																								
9																								
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 "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA	
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	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

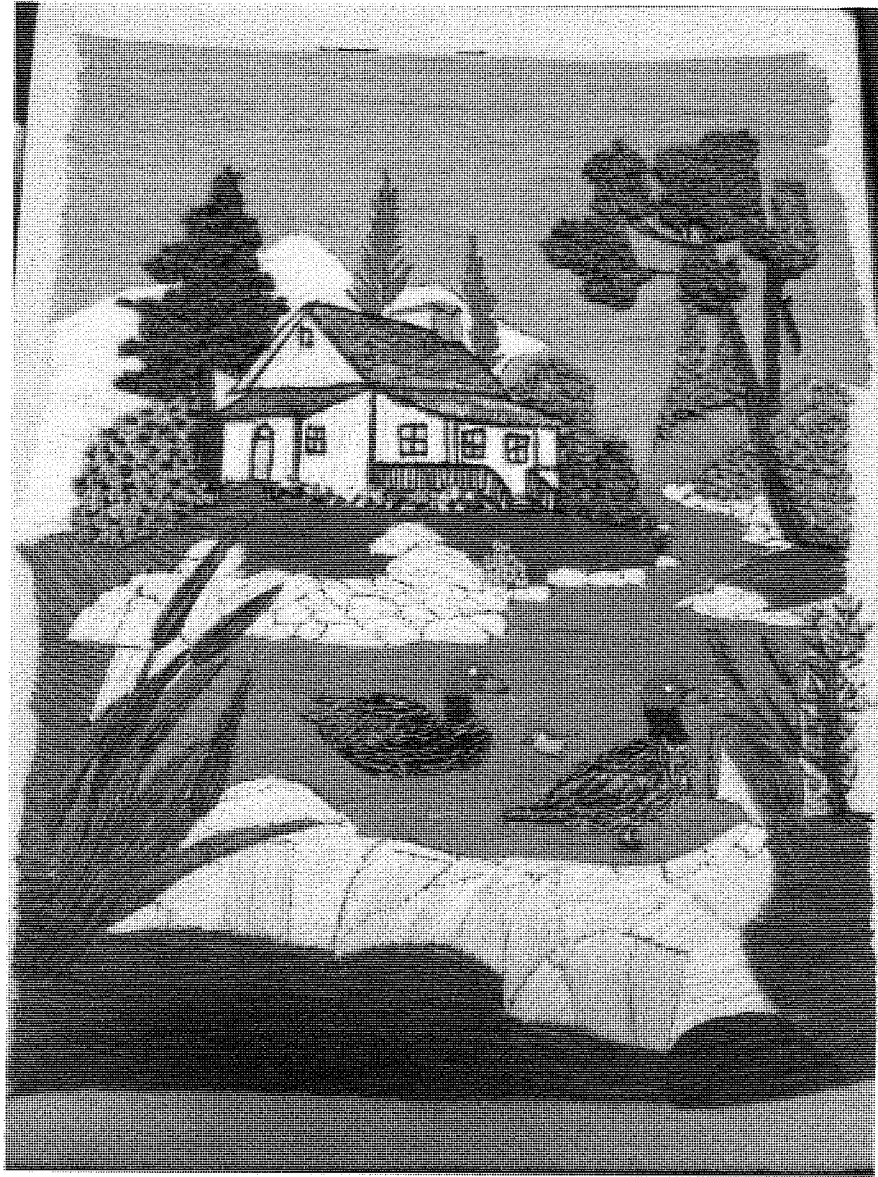
F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/02/2025	Mun. de Vecinos.

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
30 MAR. 2025	TOPICS CUL. RES.

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESSOR



T3

7.4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER TALLER DE EDUCACIÓN FÍSICA	LUGAR DE EJECUCIÓN C.E. ALFONSO C. BARRERA
NOMBRE DEL PROFESOR M. RIVERA	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER VIERNES

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	SESIONES	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. CORREA VERO		1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. CARO QUINERO		2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. TARRA MORA		3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. ALBA SOLÍS		4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. ALBA GARCIA KIRAS		5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. ELIANA ROS		6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. ALBA BELMONTA		7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8.		8																				
9.		9																				
10.		10																				
11.		11																				
12.		12																				
13.		13																				
14.		14																				
15.		15																				
16.		16																				
17.		17																				
18.		18																				
19.		19																				
20.		20																				
21.		21																				
22.		22																				
23.		23																				
24.		24																				
25.		25																				
26.		26																				

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MANQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
MANQUE CON UNA "I" SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
MANQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA ASISTIDO A SU MANIFESTACIÓN

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCHALES Y AERÓBICO. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

F INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA
21 MARZO 2025		Plan integral del sistema de datos cualquier otro/otras del tema
F TÉRMINO	PROGRAMA	
30 Mar.		

[illegible][illegible]

目錄



T4



T4

NOMBRE DEL TALLER

ORDADO CREWEL

LUGAR DE EJECUCION

U. PRINCES DE AROQUINDO

NOMBRE DEL PROFESOR

M^{ra} Isabel Valencia

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes 15¹⁵ - 17¹⁵ hrs.-

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
				17 M A R Z O	24 M A R Z O	31 M A R Z O	07 A B R I L	14 A B R I L	21 A B R I L	28 A B R I L	05 M A Y O	12 M A Y O	19 M A Y O	26 M A Y O	02 J U N O	09 J U N O	16 J U N O	23 J U N O	30 J U N O	07 J U L I O	14 J U L I O	21 J U L I O	28 J U L I O
1	PERSIDA PORTILLO			P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	N	P	J	P	J	P	J
2	VERONICA GONZALEZ			P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	O	P	J	P	P	P	P
3	M ^{ra} EUGENIA DOMINGUEZ			J	O	J	P	P	J	P	P	T	J	P	P	P	O	P	J	J	P	P	P
4	NORA CARIMAN			J	F	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	J	P	P	P	P
5	Isabel Sainz			P	E	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	I	P	J	P	P	P	P
6	VERONICA NUNAN			P		P	P	P	J	J	P	J	J	P	P	P	S	P	J	J	J	J	J
7	M ^{ra} ELENA CORDERO			J	E	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	T	J	P	J	P	P	P	J
8	ROSEMO SILVA			J	N	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	E	P	J	J	J	J	J
9					F												C						
10																	I						
11																	Q						
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 "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO
7 MARZO 20

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

F. TERMINO
31 NOV. 25

PROGRAMA
Talleres R. 9D

[illegible][illegible][illegible]



T5

TB

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BORDADO CREWEL

LUGAR DE EJECUCION
J. de V. Renacimiento / Nacional

NOMBRE DEL PROFESOR
M^g / Sabel Valencia

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES 11 hrs - 13 hrs.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	M ^g Luisa Galaz			16/25	P	/	P				P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	P	
2	INES USLAR			16/25	P	/	P				J	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	
3	VERONICA MUÑOZ			16/25	P	/	P				P	P	P		P	P		P	P		P	P	
4	HILDA RIVEROS			16/25	P	/	P	P	P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	
5	M ^g ROSA MUJICA			16/25	P	/	P	P	P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	
6	ANA M ^g VIDAL			16/25	P	/	P	P	P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	
7	EDITH GARCIA			16/25	P	/		P	P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	
8	Paulina Gonzalez			16/25												P	P		P			P	
9	INES VESA			16/25																	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 "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

F. INICIO

A MARZO

DEPARTAMENTO

F. TERMINO

30 NOV.

PROGRAMA

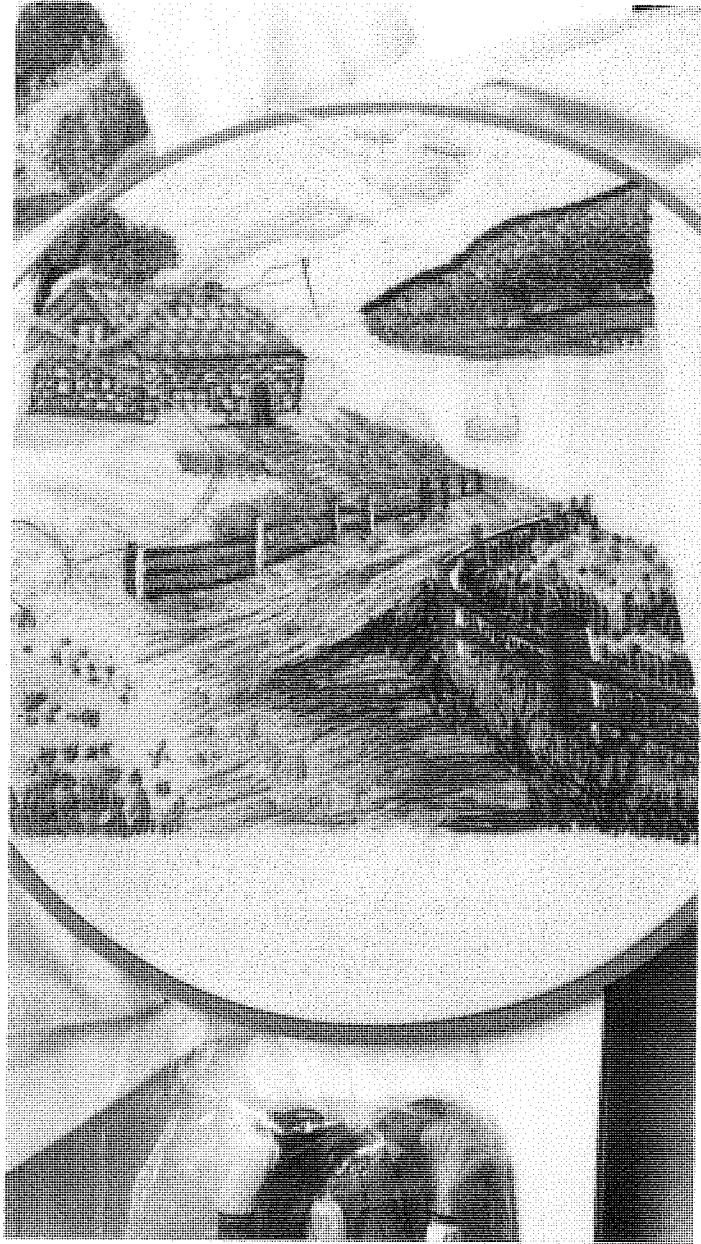
Talleres com. y desarrollo.

INSCRIPCION MINIMA : _____

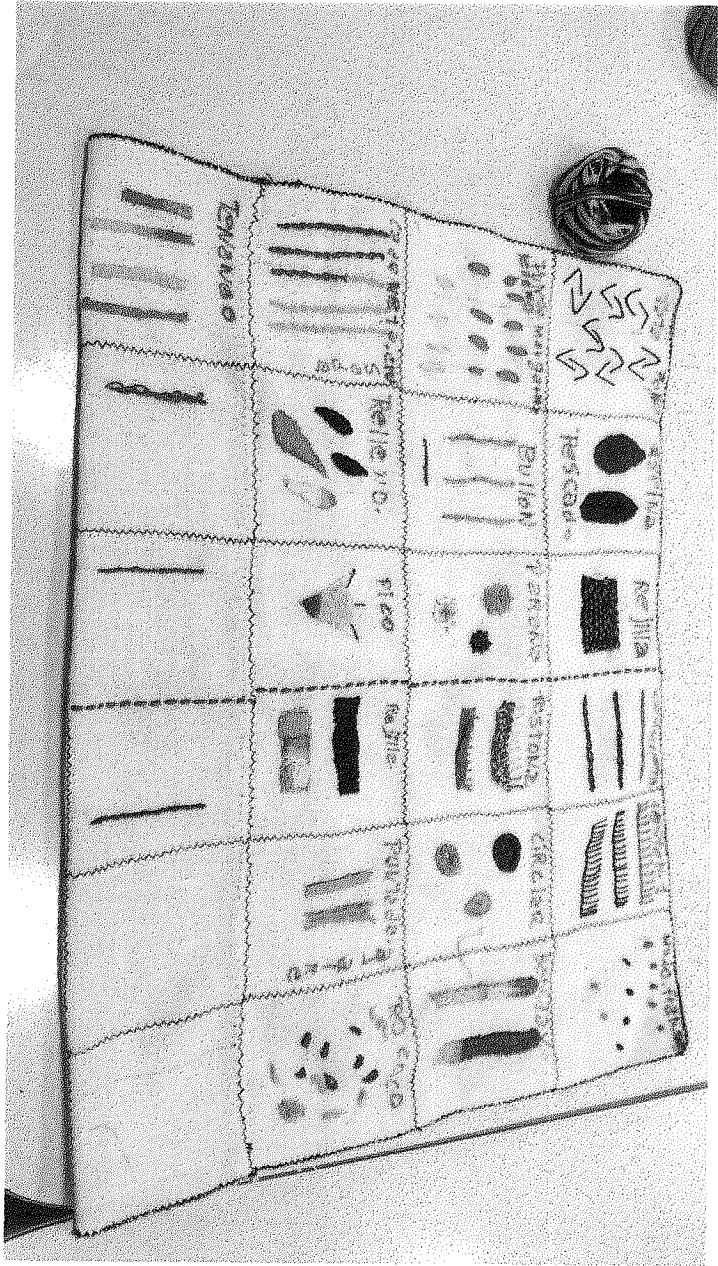
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	05 A G O T	12	19	26	02 S E P T.	09	16	23	30	07 O C T.	14	21	28	04 N O V.	11	18	25					
1	J	J	J																			
2																						
3	J	J	J																			
4	P	P	P																			
5	P	P	P																			
6	P	P	P																			
7	J	J	P																			
8	J	J	P																			
9	P	P	J																			
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR



T6



T6