

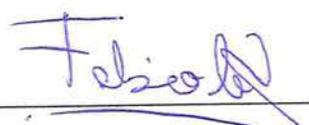
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VARGAS CASTILLO FABIOLA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO EN MOSTACILLAS BASICO	JUE 12:15-14:15	--	[REDACTED]	6
T.2	TEJIDO EN MOSTACILLAS BASICO	VIE 10:00-12:00	--	[REDACTED]	4
T.3	--	---	---	--	
T.4	--	---	---	--	
T.5	--	---	---	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las alumnas realizaron proyectos de aros tejidos de mostacillas en forma de mariposa nuevamente, además realizaron aros tejidos de mostacillas con diseños espirales en el dibujo final.
T.2	Las alumnas de este taller están trabajando en la técnica de telar de mostacillas, comenzando se realiza una clase de armado del telar y urdido del mismo para poder realizar un diseño simple de pulsera de 3 columnas, en la siguiente clase se realizaron las terminaciones de esta pulsera realizando un nudo corredizo y escondiendo hilos. Comienzan nuevo proyecto en el telar de mas columnas y diseño un nivel más complejo
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. VARGAS CASTILLO FABIOLA, 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. VARGAS CASTILLO FABIOLA .

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
Tejido en Motocillo Básico

LUGAR DE EJECUCION
J.V. VITAL APOQUIMDO ORIENTE

NOMBRE DEL PROFESOR
FABIOLA VARGAS CASTILLO

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JUEVES 12:15 A 14:15 HORAS

N	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	20/03/25'	27/03/25'	03/04/25'	10/04/25'	17/04/25'	24/04/25'	08/05/25'	15/05/25'	22/05/25'	29/05/25'	05/06/25'	12/06/25'	19/06/25'	26/06/25'	03/07/25'	10/07/25'	17/07/25'	24/07/25'	31/07/25'
1	CRISTINA LEIVA	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	ROSA BEIZA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	ANGELA ACEITUNO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	M ^o ELENA BRAVO	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5	CLARA DELLADO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	ALEJANDRA VICUNA	J	P	P	P	P	P	P	X	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P
7	VIVIANA VARGAS C.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	SABINA FIGUEROA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	M ^o JOSÉ ZEPEDA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION 4 4 3 4 6 6 X 6 3 2 X X 5 X 7 7 7 X 6 6

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Tejido en Motecillo

LUGAR DE EJECUCION
JU. [REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
Edoardo Vargas P.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 10:00 A 12:00 HORAS

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
			1	h ^a Emma Vera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Oniette Chucura	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Victoria Vargas P.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Terese Vivanco	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Veronica Espinoza	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Estefania Sandoz	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	Victoria Alvarez	P	P	J	P																	
8	Alicia Arevema	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Magdalena Salgado	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	DENISE LOEFF DIRECTOR	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

CLASE RECUPERADA SUSPENDIDA

Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	7	4	4	6	7	4	3	5	3	4	1	3	5	5	5	4	3
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T.1 TEJIDO EN MOSTACILLAS BASICO

JUE 12:15-14:15 --- [REDACTED]



T.2 TEJIDO EN MOSTACILLAS BASICO

VIE 10:00-12:00 --- [REDACTED]

