

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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	VERA SILVA MONICA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CERAMICA BASICO	JUE 15:30-17:30	---	██████████	7=
T.2	DECOUPAGE BASICO	MIE 15:30-17:30	---	██████████	5=
T.3	MULTIPLES TECNICAS BASICO	VIE 16:00-18:00	---	██████████	6=
T.4	PINTURA EN CERAMICA BASICO	LUN 11:30-13:30	---	██████████	6=
T.5	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 11:30-13:30	---	████████████████████	8=

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<i>Durante el mes de Agosto, trabajamos en diseño y pigmentación de piezas mexicanas</i>
T.2	<i>Se realizaron piezas decorativas con servilletas sobre madera, vidrio y yeso</i>
T.3	<i>En cerámica: pigmentación estilo Italiano "puello" En Decoupage: servilletas sobre tela (zapatillas deportivas) Tejido: Gammys cuadrados a partir de círculos en crochet</i>
T.4	<i>Pigmentación de: uvas, hojas de para -- Diseño y pigmentación estilo Portugués Ejercicio del pinceladas redondas</i>
T.5	<i>Clase libre = Gammys, Poncho de hombre, collares y polera estilo madriero</i>

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

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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>VERA SILVA MONICA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

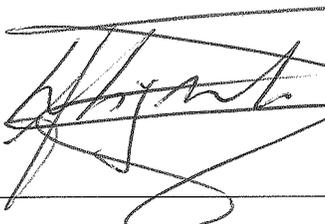
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO ARTESANAL BASICO	MAR 15:30-17:30	---	[REDACTED]	F=
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	<i>Se ha realizado muestrario de punto calado y collares con perlas y piedras tejidos a prochet.-</i>
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. VERA SILVA MONICA, 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. VERA SILVA MONICA.

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 <i>Decoración</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>C.F. Plaza del Inca</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Libreica Vera</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Miércoles: 15:30 - 16:30 hrs.</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	EDAD	DÍAS																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 <i>Leticia Pacheco</i>	19-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 <i>Solidad Figueroa</i>	20-2-25	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P
3 <i>Laura Calderón</i>	19-4-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 <i>Catalina Panalacqua</i>	19-4-25	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P
5 <i>Olga Marchant</i>	19-4-25	S	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 <i>Luz Toranzo</i>	19-4-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 <i>Solidad Galdames</i>	19-4-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 <i>Rebeca Benavente</i>	19-4-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 <i>Adriana Datta</i>	19-4-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 <i>Laura Muñoz</i>	19-4-25	P	S	S	P	P	S	P	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P
11 <i>Berta Oyeda</i>	19-4-25																				

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

LEGENDA:  
 PAREDE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES  
 PAREDE CON UNA "S" SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES  
 PAREDE CON UNA "X" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

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

# DE ASISTENCIA

F. INICIO <i>14-3-25</i>	DEPARTAMENTO <i>Sección de Contador P.T.</i>	INSCRIPCION MINIMA <i>6</i>
F. TERMINO <i>20-11-25</i>	PROGRAMA <i>Talleres Recreativos y de O.</i>	

	31	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
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																					

ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
(S/NO)	(S/NO)
S	
S	
	NO
S	
S	
S	
S	
	NO
S	
S	
	NO
S	

FIRMA PROFESOR







