

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

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

Nombre	VERGARA SUGUIYAMA JUANA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

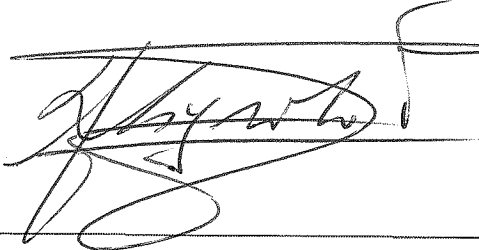
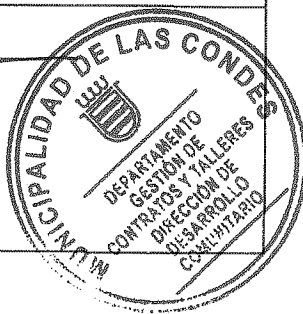
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PINTURA DECORATIVA BASICO	JUE 18:00-20:00	---		7
T.2	MULTIPLES TECNICAS DECORATIVAS BASICO	MIE 18:00-20:00	---		4
T.3	PATINAS DECORATIVAS BASICO	MIE 15:00-17:00	---		7
T.4	PATINAS DECORATIVAS BASICO	JUE 14:00-16:00	---		6
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	CRAQUELADO DE DOS COMPONENTES: EN EL CUAL EL CRAQUELADO QUEDA SOBRE EL DISEÑO; SE APLICA SOBRE UNA BASE DE MADERA. MATERIALES A UTILIZAR: MADERA, CRAQUELADOR, PINTURA, BARNIZ Y PINCELES.
T.2	CRAQUELADO DE DOS COMPONENTES SOBRE UNA FIGURA DE ZIÑA. MATERIALES: CRAQUELADOR, PINTURA, ENVEJECEDOR, FIGURA DE ZIÑA Y PINCELES.
T.3	PITAR UN FRIZO (ARBOL DE LA VIDA); SE UTILIDAN DISTITOS COLORES DE PINTURA, CON TECNICA DE PINCEL SECO Y BARNIZ INCOLORO.
T.4	TECNICA DE DECOUPAGE Y CRAQUELADO DE DOS COLORES; SE UTILIZA SOPORTE DE MADERA, PINTURA , SERVILLETAS, COLA FRIA, STENCIL,PINCEL Y ESPATULA

Firma prestador de los servicios	<i>J. Vergara S.</i>
----------------------------------	----------------------

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. VERGARA SUGUIYAMA JUANA, 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. VERGARA SUGUIYAMA JUANA .

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

Pintura Decorativa

LUGAR DE EJECUCION

C. C. Diaguiteros

NOMBRE DEL PROFESOR

Joana Vergara

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves de 18 a 20 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
				8-5-25	15-5-25	22-5-25	29-5-25	5-6-25	12-6-25	19-6-25	26-6-25	3-7-25	10-7-25	17-7-25	24-7-25	31-7-25	7-8-2025	14-8-2025	21-8-25				
1	Marilyn Rodriguez S.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	Maria Cristina Nilo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Angelica Ormeno	P	/	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P				
4	Andrea Lobos P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	Yaris Piñeiro A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	Ana Pino M.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	Adela Carrizosa	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
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 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.

PLANILLA CONTROL

7

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Multiples Te. Decorativo	Padre Hurtado San.
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Juana Vergara M.	miércoles 18 a 20 horas

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				1-6-2024	14-6-2024	21-6-2024	28-6-2024	5-7-2024	12-7-2024	19-7-2024	26-7-2024	2-8-2024	9-8-2024	16-8-2024	23-8-2024	30-8-2024	6-9-2024	13-9-2024	20-9-2024				
1	Ines Ceballos			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	Reina Anita			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3	Marcela Ciriaco			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	Marcela Jaqueira			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	Elizabeth Guerrero			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
6	Jenny Rivera			/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	Maria Paz Sanhueza			/	/	/	/	/	/	/	P	/	/	/	/	/	/	/					
8	Damaris Diaz Ariza			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	P					
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (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, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER ORIGINARIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Patinas decorativas	C.C. Juaguita
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Juana Vergara M.	Miercoles 15 a 17 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
				1-5-25	14-5-25	21-5-25	28-5-25	4-6-25	11-6-25	18-6-25	25-6-25	2-7-25	9-7-25	16-7-25	23-7-25	30-7-25	6-8-25	13-8-25	20-8-25				
1	Ana Pino M.	P																					
2	Marilu Rodriguez S.	P																					
3	Maria Elena Huidobro	J																					
4	Angelica Ormeño V.	P																					
5	Andrea Lobos P	P																					
6	Yaris Pimiento	/																					
7	Yolkin Cabreran																						
8	Amelia Barrios	/																					
9	Amorosa Carraspa	/																					
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 "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

EL ALUMNO DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Manual de redacción

LUGAR DE EJECUCIÓN

Salón de reuniones

NOMBRE DEL PROFESOR

Carla Rodríguez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Jueves 14:00 / 16:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				5-06-2025	12-06-2025	19-06-2025	26-06-2025	3-7-25	10-7-25	17-8-25	24-8-25	31-8-25	7-9-25	14-9-25	21-9-25								
1	Valentina Lillo-Morales			T				P	P	P	P	P	P	P	P								
2	Paula Morales M.			P	P			P	P	P	P	P	P	P	P								
3	María José Morales			P		P		P	P	P	P	P	P	P	P								
4	María José Morales			P	P			P	P	P	P	P	P	P	P								
5	María José Morales			/	P			P	P	P	P	P	P	P	P								
6	María José Morales			P	P			P	P	P	P	P	P	P	P								
7	Myriam A. Morales													P	P	P							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	20	5	5																				
-----------------------------	----	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (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



