

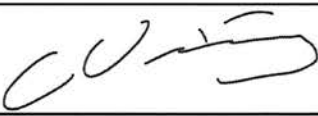
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VICUÑA MARIN CARLOS		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ORFEBRERIA BASICO	MAR 09:00-11:00	---	TEZCUCO 1283	5
T.2	ORFEBRERIA BASICO	LUN 11:15-13:15	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	3
T.3	ORFEBRERIA BASICO	MAR 11:15-13:15	---	TEZCUCO 1283	9
T.4	ORFEBRERIA BASICO	MIE 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	2
T.5	ORFEBRERIA BASICO	MIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	3

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se le da acabado a la joya con limas y lijas, para proceder al pulido para darle la terminacion y pasar a engastar la piedra y así se da por terminado el anillo
T.2	Se empieza con la fabricacion del anillo comenzando por el borde del cajon
T.3	Se le da acabado a la joya con limas y lijas, para proceder al pulido para darle la terminacion y pasar a engastar la piedra y así se da por terminado el anillo
T.4	Se le da acabado a la joya con limas y lijas, para proceder al pulido para darle la terminacion y pasar a engastar la piedra y así se da por terminado el anillo
T.5	Se le da acabado a la joya con limas y lijas, para proceder al pulido para darle la terminacion y pasar a engastar la piedra y así se da por terminado el anillo

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

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

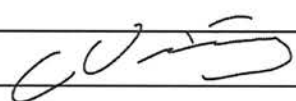
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VICUÑA MARIN CARLOS		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ORFEBRERIA BASICO	VIE 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5
T.7	ORFEBRERIA BASICO	VIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5
T.8	ORFEBRERIA BASICO	LUN 09:00-11:00	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	5
T.9	--	---	---	---	
T.10	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se le da acabado a la joya con limas y lijas, para proceder al pulido para darle la terminacion y pasar a engastar la piedra y así se da por terminado el anillo
T.7	Se le da acabado a la joya con limas y lijas, para proceder al pulido para darle la terminacion y pasar a engastar la piedra y así se da por terminado el anillo
T.8	Se empieza con la fabricacion del anillo comenzando por el borde del cajon
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. VICUÑA MARIN CARLOS, 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. VICUÑA MARIN CARLOS.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

F. TERMINO 25/11/20	PROGRAMA
------------------------	----------

[illegible]

	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
Anders 9-1	P	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40																				
9 July																																								
15 July																																								
22 July																																								
25 July																																								
5 Aug																																								
13 Aug																																								
17 Aug																																								
16 Sept																																								
2 Sept																																								
9 Sept																																								
16 Sept																																								
18 Sept																																								
2 Sept																																								
9 Oct																																								
14 Oct																																								
21 Oct																																								
11 Nov																																								

[illegible]

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.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Orfeneria	Zaniza Ponente
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Cesar Viana	Lunes 11:15 - 13:15

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	4	4	4	5	5	5	5	6	4	5	5	3	1	3	1
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : <u>6</u> (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
17 Mayo		
F. TERMINO	PROGRAMA	
24 Nov		

[illegible]

FIRMA PROFESOR

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 255–262

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18. Mayo	
F. TERMINO	PROGRAMA
25. Nov	

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

[illegible][illegible]

10	9	10	8	7	8	9	7	9	7	6	8	8	6	8	5
----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

FIRMA PROFESOR

[illegible]

3	5		2	4	3	3	4		3	2		4		3	2	3	3		3
---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---	--	---	--	---	---	---	---	--	---

QUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

QUE CON UN " / " (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

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

F. INICIO 19 Marzo	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____ (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO 26 Nov.	PROGRAMA	

	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)
1	9 Julio	16 Julio	23 Julio	30 Julio		6 Agosto	13 Agosto	20 Agosto	27 Agosto		3 Sept	10 Sept	17 Sept	24 Sept		1 Oct	8 Oct	15 Oct	22 Oct	29 Oct		
2	J	D	P	J		J	J														SI	
3																					SI	
4																					NO	
5	J	R	J	J		P	P	J													NO	
6	P	E	P	P			P	P													SI	
7		E	P																		SI	
8							P	D													NO	
9							P	J													NO	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

20	Claudia Villagas
21	Lucia Salinas
22	Silvia Rodriguez
23	Cristina Garrido
24	Carmen Cruz C
25	Gloria Riga

FIRMA PROFESSOR

NOMBRE DEL TALLER <i>Orfeneria</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>UCAM</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Carlos Vivero</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Miércoles 11:15 - 13:15</i>

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
			14 Mar 20	26 Mar 20		2 Abr 20	9 Abr 20	16 Abr 20	23 Abr 20	30 Abr 20		7 May 20	14 May 20	21 May 20	28 May 20		4 Jun 20	11 Jun 20	18 Jun 20	25 Jun 20		2 Jul 20
Lucia Salinas			/	P		J	P	J	P	J	P	J		P	J		P	J		J		J
Gloria Rigo			P	/		J	J	J	P	P		P	J		P		/	/	P	P		/
Silvia Rodriguez			P	P		J	P	P	P	P		P	J		P	1	P	J	J	J		/
Gladys Fontana			/	/		/	/															
Cristina Garrido			J	P		P	P	P	P	P		P	P		P		P	P	P	P		J
Carmen Luc Castañon			P	P		J	P	P	J	P		P	P		P		P	P	P	P		/
Claudia Velazquez																						
Rosa Garcia																						
Vilma C.d.																						

ASISTENTES POR SESION	3	4	1	4	3	4	4	5	2	1	5	3	2	3	3	0
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 ARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 ARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

F. INICIO <i>19 Marzo</i>	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO <i>26 Nov</i>	PROGRAMA	

	FECHA																				¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
1	P	P	P																		SI	
2		P	P																		SI	
3	J	A	P	J			J	J													SI	
4																					NO	
5	J	P	J	J		P	P	J													SI	
6	P	P	P			P	P														SI	
7								P	P												NO	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21	Lucia Salinas																					
22	Gloria Rigo																					
23	Silvia Rodriguez																					
24	Cristina Garrido																					
25	Carmen Luc																					

2	4	1	1	4	4											
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[Firma]
 FIRMA PROFESOR

תוספת ד"ר יעקב שניידר

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Orfebreria	UCAM.
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Carlos Viveria	Viernes 9:00-11:00

F. INICIO	DEPARTAMENTO
29 Marzo	
F. TERMINO	PROGRAMA
28 Nov.	

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

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							
			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							
1 Angelica Pettit			P	P		P	P			P	A	P	P	P	P		P	P			P								
2 Delia Carriza			/	/		J	P			/		D	P	P	J		P	/			/								
3 Giovanna Maldonado			P	P		P	P			P	A	P	P	P	P		P	P		A	P								
4 Ana Vidal			P	P		P	P			P	R	P	P	J	J		J	J		P	P								
5 Abelardo Maldonado			P	P		J	/			/	R	R	X	P	J		P	/		R	P								
6 Solange Suarez			J	J		P	P			/	E	E	J	P	F		J	J		E	P								
7 Cristina Gautiel												C	R	J	J	P		J	J		E	J							
8 Carolina Reyes																				P	P		P	P					
9												E																	
10												E																	
11												J	E																
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																													

[illegible]

FIRMA PROFESOR

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

DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

LUGAR DE EJECUCION
UCAM.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 17:15 - 18:15

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible][illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION										3	4	3	4	2	4	2	6	2	3	2	6	4	6
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARKET CON UNA "P" SEALUMINO ABISIO A CLASES

MARQUE CON UN "X" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

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

[illegible]



