

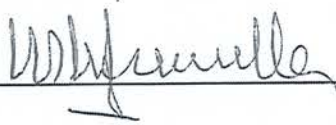
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	CROQUEVIELLE BACHELET MARIA ALICIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES CONVERSACION AVANZADO	LUN 11:30-13:30	---	████████████████████	10
T.2	INGLES CONVERSACION AVANZADO	MIE 11:30-13:30	---	████████████████████	12
T.3	INGLES CONVERSACION INTERMEDIO	MIE 14:30-16:30	---	████████████████████	13

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Empieza la clase con conversación informal sobre la semana, después se comenta sobre noticias nacionales e internacionales. Después del recreo se lee un artículo, se trabaja el vocabulario y se comenta. Si no es un artículo, trabajamos la unidad del libro English File
T.2	Empieza la clase con conversación informal sobre la semana, después se comenta sobre noticias nacionales e internacionales. Después del recreo se lee un artículo, se trabaja el vocabulario y se comenta. Si no es un artículo, trabajamos la unidad del libro English File
T.3	Empieza la clase con conversación informal sobre la semana, después se comenta sobre noticias nacionales e internacionales. Después del recreo se lee un artículo, se trabaja el vocabulario y se comenta. Si no es un artículo, trabajamos la unidad del libro English File
T.4	_____
T.5	_____

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

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. CROQUEVIELLE BACHELET MARIA ALICIA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes JULIO 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 JULIO 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. CROQUEVIELLE BACHELET MARIA ALICIA .

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	CAROLINA CONTRERAS BERRIOS
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
INGLES CONVERSACION AVANZADO

LUGAR DE EJECUCION
CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR
MA. ALICIA CROQUEVIELLE B.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES 11:30 A 13:30 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
				07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025	01/09/2025	08/09/2025	15/09/2025	22/09/2025	29/09/2025	06/10/2025	13/10/2025	20/10/2025
1	AGUIRRE VIDAURRE LEAL LAURA BEATRIZ			P	P	P													
2	CAMPINO JOHNSON VICTORIA LUISA			P	P	J													
3	CANESSA GARCIA GLORIA MARIA DE LAS			P	P	P													
4	FLORAS PERRETTA HELENA ROSALBA PATRI			P	P	P													
5	HONORATO LARRAIN MARCELO ANTONIO			P	P	P													
6	LOPEZ ELZO MARIA ANGELICA			P	P	P													
7	MELLADO LABBE MONICA			/	P	J													
8	MONTES VIDELA GONZALO ALBERTO			P	P	P													
9	PEÑA Y LILLO SCHROEDER CARMEN LILLIAN			P	P	P													
10	PEREIRA RAMIREZ MARIA CECILIA			P	P	P													
11	PIETRANTONI JARA PAOLA			P	/	/													
12	PINO VILLEGAS CARMEN			P	P	P													
13	RAMOS STOFFERS MARIA EUGENIA			P	P	P													
14	VICUÑA YAÑEZ LIDIA MERCEDES			P	P	P													
15																			
16																			
17	Victoria Campino																		
18	está viajando																		
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

N° DE ASISTENTES POR SESION	13	12	11																
% DE ASISTENCIA POR SESION																			
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC																			

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
17/03/2025

DEPARTAMENTO
ADULTO MAYOR

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

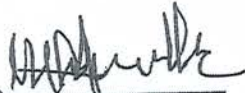
F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
PSL-30

(Informe Final)

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	C.MÉD.	ASIST. INDIVIDUAL	
27/10/2025	03/11/2025	10/11/2025	17/11/2025	24/11/2025																		N° ASIST.	% ASIST.
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																							

FIRMA PROFESOR


FIRMA PROFESOR

FECHA :

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

INGLES CONVERSACION AVANZADO

LUGAR DE EJECUCION

CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR

MA. ALICIA CROQUEVIELLE BACHELET

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MIERCOLES 11:30 A 13:30 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025	06/08/2025	13/08/2025	20/08/2025	27/08/2025	03/09/2025	10/09/2025	17/09/2025	24/09/2025	01/10/2025	08/10/2025	15/10/2025
1	CARRASCO MOREL MANUEL ANDRES			P	P														
2	CONTADOR PEREZ TATIANA GISELA DEL C			J	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J				
3	CORTES CERDA JUAN RICARDO			P	/														
4	CRUZ ATENAS GLORIA TERESA			J	P														
5	DE LA CERDA HAYASHI MARTA			P	P														
6	GASPAROVICH HAYDEE ANA			P	P														
7	GONZALEZ VIVO CARLOS EDUARDO			/	P														
8	HEPP KLAPP CARMEN MILLARAY			P	P														
9	KINZEL POSSELIUS ELSA ANITA			P	P														
10	MOREY CARADEUC LUCIA AMALIA			P	J														
11	PARHAM PARHAM SONIA			P	P														
12	PEREZ PARRAO ALICIA EUGENIA			P	J														
13	PEREZ VICENCIO EDDI GABRIELA			P	P														
14	ROCHA MILLER BRENILDA DEL CARMEN			P	P														
15	SANTELICES AGUILO ANA MARIA DE FATIMA			P	P														
16	TRONCOSO TRUJILLO LUIS EDUARDO			P	P														
17	VENEGAS MORVAN PAULINA HENRIETTE			P	P														
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

FERIADO

Nº DE ASISTENTES POR SESION	14	13																	
% DE ASISTENCIA POR SESION																			
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC																			

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

INGLES CONVERSACION INTERMEDIO

LUGAR DE EJECUCION

CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR

MA. ALICIA CROQUEVIELLE BACHELET

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MIERCOLES 15:00 A 17:00 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
				02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025	06/08/2025	13/08/2025	20/08/2025	27/08/2025	03/09/2025	10/09/2025	17/09/2025	24/09/2025	01/10/2025	08/10/2025	15/10/2025
1	ALONSO PIUMA JULIO			P	/														
2	CAMUS FERRADA LILIA GEORGINA			P	P														
3	CLARO BERG MARIA SOLEDAD DEL RO			P	P														
4	FIEBICH ZAMORANO ANNELI			P	P		J	J											
5	HOFSTATTER BERRIOS JOHANNA MARGARIT			P	P														
6	LLANCAQUEO PONTIGO FRANCISCO			/	/														
7	LOGAN PINTO RAQUEL ELIANA			J	J														
8	MARCHANT GOMEZ MERCEDES ANGELICA			P	J														
9	OYARZUN FUENTES PAULINA			/	P														
10	PEREZ TORRES CARMEN ANGELINA			P	P														
11	SOBOTA SOBOTA MARIA			J	P														
12	VALDES LAMAR JUANA ROSA ELVIRA			/	/														
13	VERA HERRERIA PAULINA ELVIRA DEL C			J	J		J												
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

F E R I A D O

N° DE ASISTENTES POR SESION		7	7																
% DE ASISTENCIA POR SESION																			
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC																			

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
17/03/2025

DEPARTAMENTO
ADULTO MAYOR

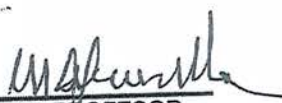
INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
PSL-30

(Informe Final)

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	C.MÉD.	ASIST. INDIVIDUAL	
22/10/2025	29/10/2025	05/11/2025	12/11/2025	19/11/2025	26/11/2025																	N° ASIST.	% ASIST.
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																							



FIRMA PROFESSOR


FIRMA PROFESOR
FECHA :