

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

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

Nombre	FUENTES MIGUELES GLORIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	COCINA AVANZADA	VIE 18:00-19:30	---	██████████	7.
T.2	COCINA BASICO	LUN 16:00-17:00	---	██████████	7.
T.3	COCINA INTERMEDIO	MIE 11:00-13:00	---	██████████	5.
T.4	COCINA INTERMEDIO	MIE 14:00-15:30	---	██████████	7.
T.5	COSTURA BASICO	JUE 15:30-17:00	---	██████████	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Taller de dulces realizamos churros de papas y queso, capacchitos rellenos para coctails, torta des nuda
T.2	Taller para niños realizamos trénga dulce, Galletas rellenas, empanadas de queso
T.3	Taller cocina adultos: realizamos calzones roto, Kuchen empujado y empanadas
T.4	Cocina Intermedio realizamos Brag de Reina, Delicias, Tuyo que hacer notas que la clase 2-7. los niños no asistieron fuera a la profesora si fue de taller.
T.5	Costura Basicas: los alumnos estan haciendo muñecos de Navidad en distribm costura y atendiendo sus costuras de casa como bestas y arreglos de ropa.

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

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

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

Nombre	FUENTES MIGUELES GLORIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	MUÑECAS EN TELA BASICO	MAR 11:00-13:00	---	██████████	6
T.7	COCINA AVANZADO	JUE 18:00-20:00	---	██████████	5.
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	taller de muñecas: realizaron costuras básicas. el 26-6 los alumnos van a insertar la foto. asiste, los alumnos realizaron un oso y ahora están en una muñeca.
T.7	taller de aduleto: realizaron fruta de hiel hojitas de manzana, jalete de papaya.
T.8	
T.9	
T.10	

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. FUENTES MIGUELES GLORIA, 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. FUENTES MIGUELES GLORIA.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes, JULIO mes de 2025 año

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Cocina Orangel
Profesor: Gloria Hurtado

Lugar: C.C. Padre Hurtado
Día - Horario: Viernes 18 - 19:30
Inicio: 11-4
Termino: Nov

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Alfonsina Duarte	A	A	A														1	
2	Orlando Ignacio	J	P	P	P	P	P	J	P	P		P	P	P				2	
3	Diana Mariana	P	P	P	P	P	J	P	P	P		P	P	P				3	
4	Figueroa Alex.	J	P	P	J	P	P	A	A		P	A	A	A				4	
5	Núñez Pedro	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P				5	
6	Reis Benjamin	P	P	J	P	P	A	P	P	P	P	J	P	P				6	
7	Suarez Pety	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P				7	
8	Suarez Viv	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				8	
9	Divian Ren									P		P	P	P				9	
10																		10	
11																		11	
12																		12	
13																		13	
14																		14	
15																		15	
16																		16	
17																		17	
18																		18	
19																		19	
20																		20	
21																		21	
22																		22	
23																		23	
24																		24	
25																		25	
26																		26	
27																		27	
28																		28	

N° Asistentes por sesión																			
% Asistencia por sesión																			
% Promedio asistencia acumulado																			

Marque con una "P" si alumno asistio a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
Marque con un "I" si alumno no asistio a clase:

NOMBRE DEL TALLER

Colima Suria Niño

LUGAR DE EJECUCION

La Biblioteca Lunes

NOMBRE DEL PROFESOR

Colina Fuent

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION 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
1	Herrera Denis			P	S	P	S	O	S	S	S	P	S	S	2	P	P	P					
2	Dani Cornejo			P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P				
3	Calderon Emilia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4	Ruiz Cortese			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	Argentina Tones			P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	Sofia Vares			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	Piñan Vally			S	S	P	P	T	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	Daniela																						
9	Alonso																						
10	Astid Camacho																						
11	25-392 541-0																						
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 CO

NOMBRE DEL TALLER

Cocina Intermedias

LUGAR DE EJECUCION

Abulto Villa Guadalupe Hi Escolas

NOMBRE DEL PROFESOR

Glenn Fuent

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprinta)

SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			19-07	26-07	02-08	09-08	16-08	23-08	30-08	06-09	13-09	20-09	27-09	04-10	11-10	18-10	25-10	01-11

Liana

Rina

Sonia

Mariana

Margarita

Pamela

Quico

Silvia

P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

anexo en scale

ISTENTES POR SESION

UE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Iniciando la Costura	Bosque la Villa
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Gloria Fuenteb	

	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	De missa				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Pv Ice				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Sofia				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Alba				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Victria				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Emilia				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Paral					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Camila Garcia						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9																								
10	Aylen Vargas																							
11	25. 209. 758-9																							
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	2656545666
-----------------------------	---

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.

NOMBRE DEL TALLER
Mueren en la Pampa

LUGAR DE EJECUCION
Viña Barcelina (14) arts

NOMBRE DEL PROFESOR
Gloria Fuentes M.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
18-4

	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
			18-3	25-3	4-6-04	08-04	15-04	22-04	29-04	6-5	13-5	20-5	27-05	3-6	10-6	17-6	24-6	1-7	8-7	15-7		
1	Margarita Rubilar		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	Mamola		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Gloria N. Nery		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	Ana Dorado		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5	Maria Luisa		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Jenny I. Linares		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	Daniela		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8	Gloria Amador		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
9	Ana Dorado		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
10	Mamola		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
11	Silvia Galaz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
12	Patricia Juri		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	3	4	5	4	5	6	3	6	5	6	7	7	4	5	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.

NOMBRE DEL TALLER
Cocina Amigable

LUGAR DE EJECUCION
La Biblioteca - (Viernes)

NOMBRE DEL PROFESOR
Gloria Fuentes

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves 18-20 -

	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	Mano Paz G. G. G.	P	18-6																				
2	Glady Cardenas	P	19-6		P			P	P														
3	Ruij J. J. J.	P	19-6		P			P	P														
4	Xuma Melendez	P	19-6		P			P	P														
5	Carlene Rossa	P	19-6		P			P	P														
6	Suzuky Valeri	P	19-6		P			P	P														
7	Calder Cyhn	P	19-6		P			P	P														
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

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.

NOMBRE DEL TALLER
Cocina básica

LUGAR DE EJECUCION
La Alhambra (Miecas)

NOMBRE DEL PROFESOR
Celia Trujillo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION 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
1	Alonso		3 11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
2	Victoria		4 11	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P				P			
3	Julce		2 11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				P			
4	Ali		1 11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				P			
5	Rosal		2 11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				P			
6	Domínguez		1 11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				P			
7	Isa		1 11	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																						

N° DE ASISTENTES POR SESION																							
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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.

TALLER MUÑECOS VILLA BARCELONA MARTES DE 11 A13 HRS
GLORIA FUENTES M



TALLER COCINA AVANZADO

JUEVES 18 A 20HRS GLORIA FUENTES M

