

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

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

Nombre	VERGARA CISTERNAS MERCEDES		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PASTELERIA BASICO	MIE 18:00-20:00	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	15
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En este mes, las alumnas han elaborado pastelería dulce (cupcakes rellenos, brazo de reina) y pastelería salada con Quiche Loraine, somos muchas personas en el taller 15, lo realizamos con algunos insumos que compre con la subvención (\$85000 para todo el año y algunos que los ponemos entre todas, lo que se elabora se lo llevan a la casa.
T.2	
T.3	
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. VERGARA CISTERNAS MERCEDES, 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. VERGARA CISTERNAS MERCEDES .

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 TALLER 1A	LUGAR DE REALIZACIÓN C.E. GIPERUNDA
NOMBRE DEL PROFESOR MIGUEL ANGEL VILLANOVA	DÍAS Y HORARIO DE REALIZACIÓN DEL TALLER MIÉRCOLES 18:00 a 20:00 HRS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	MARISOL BASQUE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	ELISABETH BUSTAMANTE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	ADRIANA CAMPOS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	KRISTINA MONTAÑA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	ALICIA CONTRERAS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	CRISTINA GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	LORETO SERRANO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	GLORIA SANCHEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	CARILA TOGA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	KATHERINE ROJAS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	PILAR DUFRESNE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	SUSANA VERA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13																						
14																						
15																						
16	TERESA CASTRO																					
17	ENA SANCHEZ																					
18	ROSAL ROSA																					
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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.

[Handwritten signature]

