



INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MOSAICO AVANZADO	MAR 13:30-15:30	---	LA CAPITANIA 255	8
T.2	MOSAICO AVANZADO	MAR 15:45-17:45	---	LA CAPITANIA 255	7
T.3	MOSAICO BASICO	JUE 09:00-11:00	---	LAS VERBENAS 9191	6
T.4	MOSAICO BASICO	JUE 11:00-13:00	---	LAS VERBENAS 9191	6
T.5	MOSAICO BASICO	MIE 10:00-12:00	---	TOLTEN 8115	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	LA ALUMNAS TRABAJARON EN CORTES PULIDOS Y PEGADO EN SUS TRABAJO, SEGÚN LA CAPASIDADES DE CADA UNA
T.2	LA ALUMNAS TRABAJARON EN CORTES PULIDOS Y PEGADO EN SUS TRABAJO, SEGÚN LA CAPASIDADES DE CADA UNA
T.3	LA ALUMNAS TRABAJARON EN CORTES PULIDOS Y PEGADO EN SUS TRABAJO, SEGÚN LA CAPASIDADES DE CADA UNA
T.4	LA ALUMNAS TRABAJARON EN CORTES PULIDOS Y PEGADO EN SUS TRABAJO, SEGÚN LA CAPASIDADES DE CADA UNA
T.5	LA ALUMNAS TRABAJARON EN CORTES PULIDOS Y PEGADO EN SUS TRABAJO, SEGÚN LA CAPASIDADES DE CADA UNA

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



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

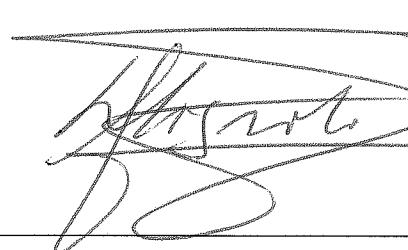
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	MOSAICO BASICO	MIE 12:15-14:15	---	TOLTEN 8115	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	LA ALUMNAS TRABAJARON EN CORTES PULIDOS Y PEGADO EN SUS TRABAJO, SEGÚN LA CAPASIDADES DE CADA UNA

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. ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes OCTUBRE 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 OCTUBRE 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. ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA.

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

Las Condes, OCTUBRE 2025
mes de año