

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

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	OLGUIN SABAG ANA KARINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ALAMBRISMO BASICO	VIE 18:00-20:00	---	PAUL HARRIS 2111	7
T.2	ALAMBRISMO BASICO	MAR 17:00-19:00	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	6
T.3	ALAMBRISMO BASICO	JUE 19:30-21:30	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	7
T.4	ALAMBRISMO BASICO	MAR 19:15-21:15	---	VITAL APOQUUNDO 1690 BLOCK A5 DEPTO. 101	6
T.5	ALAMBRISMO BASICO	LUN 18:00-20:00	---	CIRIO 1612	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Comienzo "Pulcera Cristales", termino "Pulcera hilada" tecnica de secuencia en entorche.
T.2	termino Proyecto "Pulcera hilada", Comienzo de aros con entorche practica de Precision.
T.3	termino trabajo "Pulcera trebol", termina Argollas + tecnica con alambre delgado Tipo Rosario.
T.4	termino aros entorche, Comienzo "Pulcera trebol" tecnicas de argollas.
T.5	Comienzo "Pulcera cristales" envoltura de cristales con Pasador.

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	SEPTIEMBRE
-----	------------

Nombre	OLGUIN SABAG ANA KARINA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

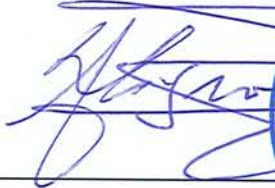
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ALAMBRISMO INTERMEDIO	MIE 18:00-20:00	---	CIRIO 1612	6.

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Proyecto "aros corjantes" tecnica de arjols on distancia y dije tipo trebol

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. OLGUIN SABAG ANA KARINA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes SEPTIEMBRE 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 SEPTIEMBRE 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. OLGUIN SABAG ANA KARINA.

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

Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN: