

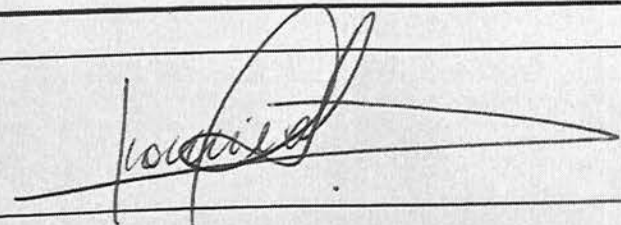
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	ALARCON ARIAS ROMINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

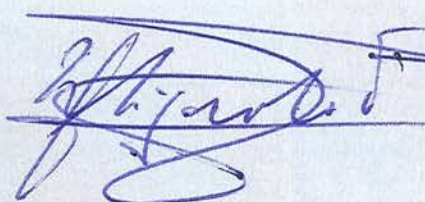
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TELA ACROBATICA	SAB 12:00-14:00	---	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	6
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	ESTE MES SE SIGUIERON TRABAJANDO LOS OBJETIVOS PARA EL ATENCIÓN EN LA CONDICIÓN FÍSICA DE LOS ALUMNOS, REQUERIDA PARA ESTA DISCIPLINA.
T.2	TRABAJO DE FUERZA EN hombros, abdomen y tren superior, COLGAR EN TELAS
T.3	Trucos como "X", inversiones, CANDADOS EN cintura y pies.
T.4	Trabajo Sobre nudo, para entender neuromuscularmente LAS inversiones
T.5	

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. ALARCON ARIAS ROMINA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 AGOSTO 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. ALARCON ARIAS ROMINA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: TELA ACROBATICA

Lugar: C.C. Padre Hurtado Inicio:

Profesor: Rosina Alarcón A

Día - Horario: Sábado J Termina: 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
		05 Abril	26 Abril	03 Mayo	10 Mayo	24 Mayo	31 Mayo	07 Junio	14 Junio	21 Junio	28 Junio	05 Julio	12 Julio	19 Julio	26 Julio	02 Agosto	09 Agosto	23 Agosto	
1	NICOLAS ESCOBAR PEREZ	/	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	1	P
2	YORKA RUENA	P	P	/	/	/	P	P	P	/	P	/	P	/	P	P	J	2	P
3	LIZ PUÑOZ	P	P	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3	/
4	CARINA SALINAS	J	J	P	/	J	J	J	J	J	/	/	/	/	J	J	J	4	J
5	NACARENA GODOY	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	5	/
6	PAUSDALENG JIMENEZ	/	/	/	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	6	J
7	TANIA VERRERA	/	/	/	P	J	/	P	P	J	J	P	J	P	/	J	J	7	J
8	IVAN CRUZ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	/	P	P	/	P	P	8	P
9	MACARENA CONNILLLO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	9	J
10	JOSEPHINE WIGG	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	10	P
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 "/" si alumno no asistio a clase:

