

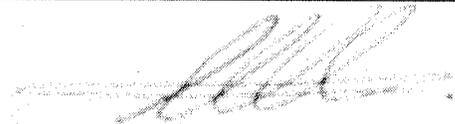
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ALIAGA RODRIGUEZ MARIA JOSE		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

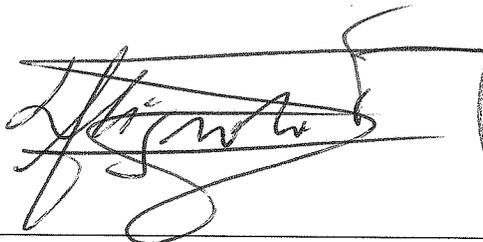
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE FOLCLORICO (RAPA NUI)	LUN 19:00-20:00	MIE 19:00-20:00	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	7
T.2	BRISAS DE APOQUINDO-BAILE	JUE 20:30-22:30	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8
T.3	BRISAS DE APOQUINDO-BAILE	MAR 20:30-22:30	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	10
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En el taller se realizan coreografías y una vez finalizado el proceso de enseñanza se procede a recordar estas, así como los pasos y secuencias de danza en el ámbito de la cultura Rapa Nui.
T.2	En el taller se realizan cuadros de danza de distintas áreas culturales de Chile, siendo en este taller danzas del área norte y centro de Chile.
T.3	En el taller se realizan cuadros de danza de distintas áreas culturales de Chile, siendo en este taller danzas del área norte y centro de Chile.
T.4	
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. ALIAGA RODRIGUEZ MARIA JOSE, 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. ALIAGA RODRIGUEZ MARIA JOSE .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Brisas De Aporeando

LUGAR DE EJECUCIÓN
Centro Comunitario Santa Zita

NOMBRE DEL PROFESOR
María José Aliaga

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes y Jueves

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Verónica Astudillo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Nicolás González			P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Valeria González			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Belisario González			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Gonzalo Iturrieta			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Nicolás José			P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Fernanda León			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Benjamín León			P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Alejandra Muñoz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Nicolás Rozas			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 Carlos Trejo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																						
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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...

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

TALLER BAILE FOLCLORICO RAPA NUI



TALLER BRISAS DE APOQUINDO

