

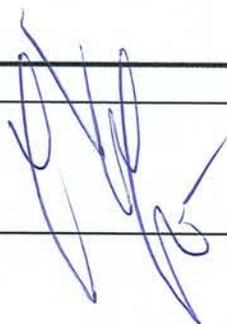
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ARAGON CARMONA IVO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	ACONDICIONAMIENTO FISICO	LUN 20:00-21:00	VIE 20:00-21:00	VITAL APOQUINDO 1750	06
T. 2	GIMNASIA MUSCULACION	LUN 15:00-16:00	MIE 15:00-16:00	PAUL HARRIS 1558	08
T. 3	GIMNASIA MUSCULACION	MAR 15:00-16:00	JUE 15:00-16:00	PAUL HARRIS 1558	08
T. 4	-	---	--	--	
T. 5	-	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Unidad Folclore, fundamentos basicos de los pasos de la cueca.
T.2	Medición antropométrica en pecho, brazo, cintura, cadera, muslo y gastrocnemio. Entrenamiento Funcional
T.3	Medición antropométrica en pecho, brazo, cintura, cadera, muslo y gastrocnemio Entrenamiento Funcional
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. ARAGON CARMONA IVO, 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 Sr.a./Sr. ARAGON CARMONA IVO .

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
A.C. FISICO

LUGAR DE EJECUCION
PAUL HARRIS # 1558

NOMBRE DEL PROFESOR
JUDY AZAGON

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES - MIÉRCOLES - 7:00 AM - 8:00 AM

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	CRISTIAN SALAZAR		04-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	Fco CARRERA		05-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3	Fco. ABREGO		06-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	FELIPE ABRIGO		07-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	JESSICA RIVAS		11-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	ANA VILLALBA		12-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	PAOLA FERNANDEZ		13-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8	MARIA HELENA		14-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
9	JACQUELINE VALLEJO		15-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

- 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
AC. FISICO

LUGAR DE EJECUCION
PAUL HARRIS # 1558

NOMBRE DEL PROFESOR
JUDY AZACÓN

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES - VIERNES - MARTES SUEDES

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
				04-08	05-08	06-08	07-08	11-08	12-08	13-08	14-08	18-08	19-08	20-08	21-08	22-08	25-08	26-08	27-08	28-08				
1	CRISTIAN SALAZAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	FCO CUBUJAL			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3	FCO ABRIGÓ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	FELIPE ABRIGÓ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	JESSICA RIVAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	ANA VILLALBA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	PAOLA FERNANDEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8	MARIA HEZIQUEL			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
9	JACQUELINE VALLEGOS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
AC. FÍSICA

LUGAR DE EJECUCION
VITAL ATORREDO # 1750

NOMBRE DEL PROFESOR
JUD ARAGON

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES - VIERNES

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
				1	ERICA GONZALES	P	P	P	P	P	P	P													
2	NORA RIVUELTE	P	P	P	P	P	P	P																	
3	MARILENA CADIZ	P	P	P	P	P	P	P																	
4	LORETO ARAGON	P	P	P	P	P	P	P																	
5	PILAR MOZALES	P	P	P	P	P	P	P																	
6	FERNDA TOZO	P	P	P	P	P	P	P																	
7	RAULA CARUVAL	P	P	P	P	P	P	P																	
8	SOLEDAD GOMEZ	P	P	P	P	P	P	P																	
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									

N° DE ASISTENTES POR SESION

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.