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	AGOSTO

Nombre	ARAYA SOTO RUY		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES BASICO	VIE 17:00-19:00	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	07
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Abreviaturas, siglas y acrónimos en inglés y español. Conceptos relacionados a distintas religiones en inglés y español.
T.2	
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. ARAYA SOTO RUY, 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. ARAYA SOTO RUY .

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

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, AGOSTO (mes) de 2025 (año)

PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA
Inclán	CC Diaguitas	21/03	DISCAPACIDAD	8

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN	FECHA DE TERMINO	PROGRAMA
Ruy Araya Soto	Viernes de 17:00 a 19:00 hrs.	28/11 /2025	PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Nº	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES	Junio												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICADO MEDICO
		SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
		FECHA	25/07	01/08	08/08	15/08										
1	ARDILES TAPIA JAVIERA ANDREA		1	1	1	Feriado									NO	
2	CANALS MARQUEZ CRISTIAN		1	1	1	Feriado									NO	
3	ESPINOZA REYES MARCELA FRANCISCA		1	Justifica	1	Feriado									NO	
4	FLORIN TAPIA RODRIGO ANTONIO		1	Justifica	1	Feriado									NO	
5	HURTADO CASTRO MARIA CONSUELO		1	1	1	Feriado									NO	
6	IBARRA ARAYA CHRISTIAN ANDRES		1	Justifica	1	Feriado									NO	
7	NICHIPORUK RODRIGUEZ NAIARA ANDREA		0	0	0	Feriado									NO	
8	ROMERO ROMANO DAVID ROBERTO		1	1	1	Feriado									NO	
9	SHARPE YACOMETTI ORNELLA		1	Justifica	Justifica	Feriado									NO	
10	NAVARRETE CISTERNAS MATIAS FELIPE		0	0	0	Feriado									NO	
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
	ASISTENCIA POR SESIÓN		8	4	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,3	

OBSERVACIONES: viernes 01/08 día de lluvia, por lo que varios alumnos justificaron su inasstencia al taller.

FIRMA DEL PROFESOR