



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

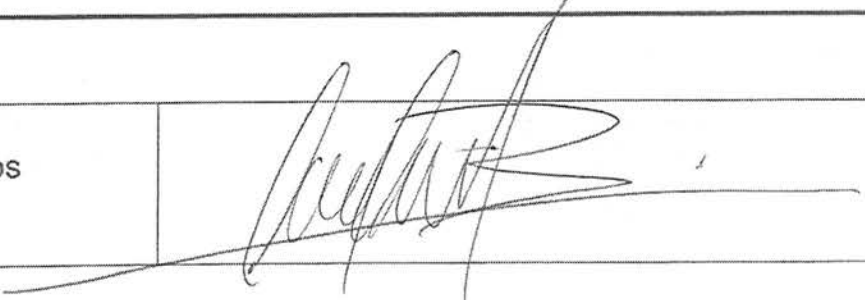
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	BAHAMONDES ROMERO CARLOS ANDRES		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

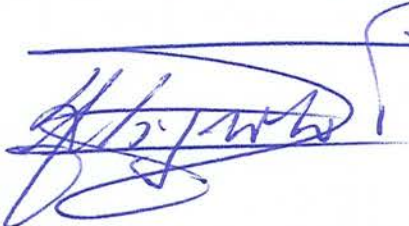
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 19:00-20:00	JUE 19:00-20:00	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	10
T.2	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL BASICO	MAR 17:30-18:30	JUE 17:30-18:30	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	8
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En este mes se trabajó fuerza de miembro interior y superior, con trabajos dinámicos y explosivos
T.2	Se hicieron juegos de coordinación motora de miembro superior e inferior, además de trabajos en equipo donde se pueden familiarizar con sus pares.

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. BAHAMONDES ROMERO CARLOS ANDRES, 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. BAHAMONDES ROMERO CARLOS ANDRES .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
CARLOS BAHAMONDES	MARTES Y JUEVES 19:00 - 20:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			SESIONES	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					01.07.25	03.07.25	08.07.25	10.07.25	13.07.25	17.07.25	21.07.25	24.07.25	29.07.25	31.07.25	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25	21.08.25	25/08			
1	ALLAMAND PURATIC ANDREA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	ALAMOS NOACCO JUAN CRISTOBAL				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
3	ALAMOS UNDURRAGA JUAN IGNACIO				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
4	AMPUERO SANCHEZ FLORENCIA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
5	AMPUERO SANCHEZ TRINIDAD				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
6	ASENJO FUENTEALBA MARCELA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
7	CACERES DOERNER JORGE ALBERTO				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
8	DAVALOS BOSSI NATALIA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
9	FABRY GODOY PIERA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
10	LIPPI ZAPATA MARCELA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
11	LORCA NAVARRO CAMILA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
12	MARTINEZ HEIDY MARIA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
13	MESA GONZALEZ STEPHANIE				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
14	NOACCO BEVERAGGI MARIA ISABEL				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
15	OLIVA SERRANO MARIA LORENA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
16	PUSTILNIK BRIAN GABRIEL				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
17	REUSE AMIGO SOLANGE				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
18	RIVES JUAN CARLOS				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
19	TORTEROLO BRANDI LORENA BEATRIZ				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
20	YACONI SANTANDER PAOLA ANDREA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "J" (SLACH) 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		LUGAR DE EJECUCION	
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL BASICO		CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS	
NOMBRE DEL PROFESOR		DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	
CARLOS BAHAMONDES		MARTES Y JUEVES 17:30 - 18:30 HRS.	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 BRAVO CONTRERAS LUCIANO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 CALDERON AGUILERA COLOMBA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 CORREA LORCA JOSEFA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 DE LA CRUZ BECKEL CRISTOBAL			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 FERNANDEZ BOADA SEBASTIAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 NUÑEZ TORRES MARTINA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 NUÑEZ TORRES SAMANTHA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 RAMIREZ SAPIAINS SIMON			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 VILLARROEL CORDOVA GASPAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 VILLARROEL ARAYA LUCAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 V. KENT.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12 Trini.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13 E. M. A.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14 EVA LINA.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15 VALENTINA ROSA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16 ROSA LINA.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17 Sol. P. Lina.																						
18 EDUARDO																						
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.