

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

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

Nombre	BARROS VICUÑA MAGDALENA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

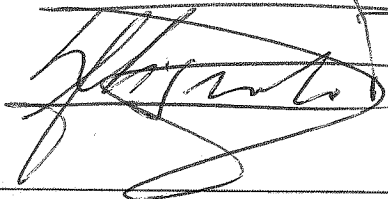
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DANZAS CIRCULARES	MIE 10:05-12:05	—	CHESTERTON 7159	5
T.2	—	—	—	—	
T.3	—	—	—	—	
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Este mes el taller se vio bastante afectado por la ausencia de varias alumnas por motivos de salud y temas familiares. El poder sanador de la música y más aún en movimiento, es innegable. Por esta razón se incorporaron danzas destinadas a la sanidad tanto personal como grupal. Fueron muy bien recibidas por el grupo.
T.2	
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	<u>M. Barros V.</u>
----------------------------------	---------------------

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. BARROS VICUÑA MAGDALENA, 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. BARROS VICUÑA MAGDALENA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

El Taller de Danzas Circulares ya envió foto hace un tiempo.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
19/02

P. TERMINO

DEPARTAMENTO	
--------------	--

PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con rasgos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible]

1	/	/	/	/
2	J	T	T	J
3	P	P	/	P
4	T	P	P	P
5	R	R	R	R
6	/	/	/	/
7	P	/	P	/
8	P	P	P	P
9	T	P	P	T
10	/	J	J	J
11	P	P	J	/
12				
13	-	P	P	P
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

[illegible]

M. Banos

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER

12012005 C. L. L. L.

PROFESOR

Ma. Dolores Garza

FECHA

15/08

HORARIO

10:00 a 12:00

FIRMA

NOMBRE

1. J. L. L. L.
2. JESSICA KUNCAL
3. Ma. Dolores Garza
4. J. L. L. L.
5. J. L. L. L.

NOMBRE

1. J. L. L. L.
2. J. L. L. L.
3. JESSICA KUNCAL
4. J. L. L. L.
5. Ma. Dolores Garza

FECHA

20/08

FIRMA

J. L. L. L.
J. L. L. L.
J. L. L. L.