



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	BRAVO GONZALEZ NICOLAS RODRIGO ✓		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	FUTSAL	MIE 19:00-20:00	MIE 20:00-21:00	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	10
T.2	--	--	--	--	
T.3	--	--	--	--	
T.4	--	--	--	--	
T.5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	- Arroyero jugador - CONTROL ORIENTADO + REMATES - ACONDICIONA MIENTO FÍSICO
T.2	
T.3	
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. BRAVO GONZALEZ NICOLAS RODRIGO, 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. BRAVO GONZALEZ NICOLAS RODRIGO .

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
FUTSAL

LUGAR DE EJECUCIÓN
CANCHA SANTA LITA

NOMBRE DEL PROFESOR

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			1	GABRIEL ACUÑA	16-03	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	Bruno Correa		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	José Fuentelida		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	WALTER HERNANDEZ		/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Ciro Montecinos		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Karla Navarrete		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	Pablo Rebolledo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Daniel Rocha		P	/	P	P	/	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	Vicente Salinas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Elián Sepúlveda		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Thales Silva		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	Emiliano Soto		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	IGNACIO VERONIGO		P	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	Jesús Riquelme		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	MATEO RAMOS												P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN																						

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

