

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

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

Nombre	CASTILLO AVILA RODRIGO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	VOLEIBOL	MAR 18:00-19:00	JUE 18:00-19:00	PDTE. SEBASTIAN PIÑERA E. 1336 (MULTICANCHA)	7
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Reforzamiento de trabajo posición 5-1, reforzamiento de recepción de equipo, reforzamiento de levantamiento.
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. **CASTILLO AVILA 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. **CASTILLO AVILA RODRIGO**.

Nombre Jefe de Departamento	ROBERTO VIGNOLO PAREDES	
Firma y timbre Jefe Departamento		

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Planilla Control de Asistencia

Taller: VOLEIVOL

Lugar: CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

Profesor: RODRIGO CASTILLO

Día - Horario: LUNES Y MIÉRCOLES 18:00-19:00 HRS

Nombre Alumnos (Favor de usar letra imprenta)	SE SIONES	Nº FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			17 M A R	18 M A R	20 M A R	26 M A R	2 A B R	3 A B R	8 A B R	10 A B R	15 A B R	17 A B R	22 A B R	29 A B R	30 A B R	6 M A Y	13 M A Y	20 M A Y
1 AQUINO DEL CASTILLO GRACE SCARLETT			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2 CALDERON MORAN FERNANDA			X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3 LOPEZ ALVAREZ SOFIA LORENA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4 MARTINEZ BAYLEY VALENTINA SOFIA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5 MILLAN MORALES TOMAS			X	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6 MUÑOZ ALBORNOZ EMILIA BELEN			X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7 NAOUR NILO SALVADOR OMAR			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8 RAMIREZ MALDONADO FLORENCIA VICTORIA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 VARAS AVENDAÑO RAFAELLA ALMENDRA			X	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10 VERGARA INFANTE ASUNCION ALEJANDRA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11 MORALES HERRERA SANDRA PAOLA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12 MUÑOZ KRSULOVIC LILIAN NEVENKA MARI			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13 PARRA GARCES NICOLÁS ANDRES			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14 QUEVEDO BAEZA ANTONIA MYRNA SYLVIA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
15 VELEZ OCAMPO AGUILERA ANA ALEXANDRA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
16 VILLOTA GOMEZ MARIA ANGEL			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
17 TRAVERSO GALAN SOFIA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
18 ROBATELOLO CRISTOBAL			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
19 GARCIA RUIZ SOFIA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
20 SANTIAGO CAMERAS			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
21 TAMAYO COOPERANT TRU			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
22																		
23																		

Nº Asistentes por sesión

% Asistencia por sesión

% Promedio asistencia acumulado

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

Marque con una "P" si alumno asistio a clases

Marque con un "I" si alumno no asistio a clases

Termino: NOV.

NA
LSP
Q

LISSY
UGLIA

[illegible][illegible]

Departamento Gestión Territorial

Centro Comunitario Rotonda Atenas

[illegible][illegible]