

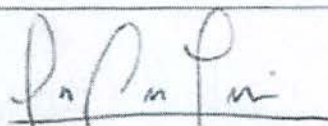
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CISTERNAS TIRAPEGUI IGNACIO		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	LITERATURA	MIE 09:00-11:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	5
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Exploramos diversas formas de narración y estudiamos sus similitudes. Revisamos textos de los alumnos, y analizamos las diferencias entre cuento y novela.
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. CISTERNAS TIRAPEGUI IGNACIO, 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. CISTERNAS TIRAPEGUI IGNACIO.

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

TALLER LITERARIO

LUGAR DE EJECUCIÓN

JJ.VV. S^{te} PEDRO LAS CONDÉS

NOMBRE DEL PROFESOR

IGNACIO CISTERNA T

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

MIÉRCOLES 11⁰⁰ a 13⁰⁰

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				30/05	07/06	14/06	21/06	28/06	04/07	11/07	18/07	25/07	02/08	09/08	16/08	23/08	30/08	06/09	13/09	20/09	27/09		
1	PAUL MORENO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	MANUEL DINAMARCA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
3	HERNAN NEGRETE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
4	JOSÉ RUIZ-TAGLE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
5	ELISA DIAZ			P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
6	OSCAR SCHULZ			P	/	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J			
7	MARIA ISABEL SESSARZGO			/	/	P	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8	NORIS RENGIFO			/	/	/	/	P	P	P	J	P	J	J	P	J	J	J	J	P			
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

5 5 6 5 6 5 6 4 5 5 5 5

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.