

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	FARIAS MORALES CAROLINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

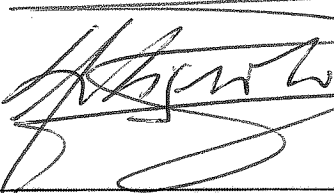
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	EXPRESION CORPORAL	LUN 17:00-18:30	---	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	5
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Control y utilización del cuerpo para expresar emociones. Postura y presencia escénica, control y equilibrio del espacio. Lectura de texto, adaptación del montaje. Improvisación
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. FARIAS MORALES CAROLINA, 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. FARIAS MORALES CAROLINA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

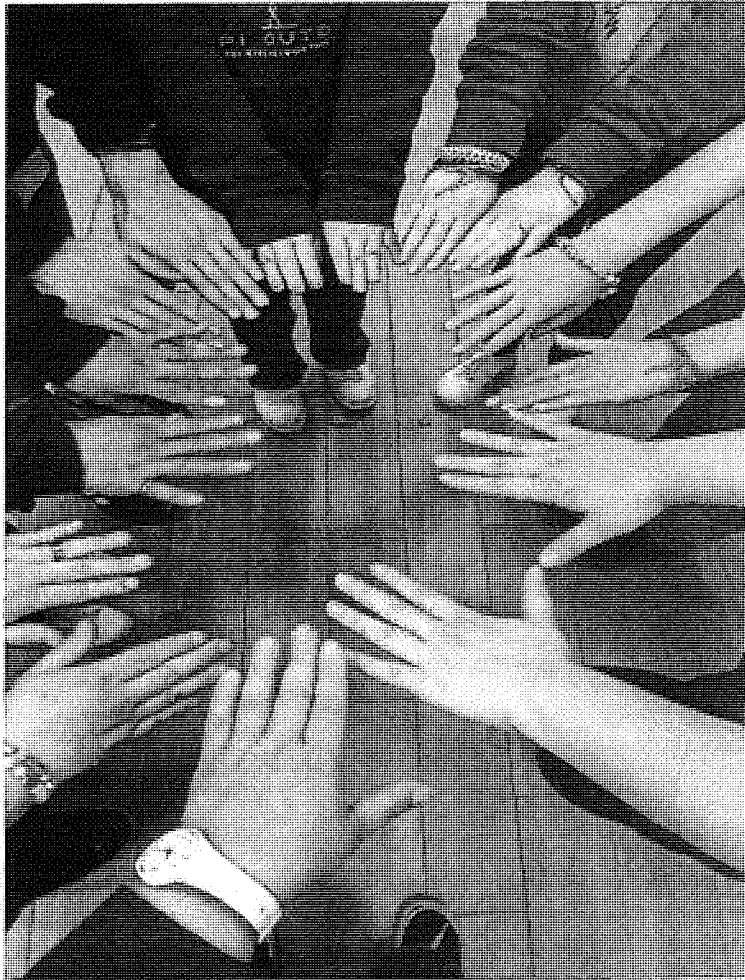
de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

EXPRESIÓN CORPORAL

LUGAR DE EJECUCION

CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR

CAROLINA FARIAS MORALES

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES 17:00 A 18:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	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
				0	1	1																	
1	ALVARADO ARAVENA FLORENCIA			4	1	8																	
2	CARRASCO GUZMAN FERNANDA			-	-	-																	
3	DE RUYT SANHUEZA MAYTE			a	a	a																	
4	GARCIA RUIZ SOFIA			g	g	g																	
5	MONTECINO MELO JULIETA			o	o	o																	
6	PEREZ GUGLIELMOTTI NICOLAS																						
7	SOBARZO ANTIFIL CONSTANZA																						
8	VERGARA PANDOLFFO LUA																						
9	ZULUAGA GONZALEZ ZARA																						
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

464

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (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.

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

[illegible][illegible][illegible]

Quesada

FIRMA PROFESOR