

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

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

Nombre	FARIAS SILVA ALBERTO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MOVIMIENTO NATURAL	LUN 19:00-20:00	VIE 19:00-20:00	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	respiración diafragmática, movilidad articular (hombros, tobillos, cuello, muñecas, caderas) fuerza corporal en cuadrupedico, equilibrio dinámico y estático Trabajo de core
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 SILVA ALBERTO, 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 SILVA ALBERTO .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Alberto Farías Silva

DEPARTAMENTO : _____

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Movimiento natural	comunitario Diaguitas
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Alberto Farios	Lunes / viernes 7 a 8 PM

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA																				
1	Lizet Amaya		25/05	P	P	J	P	P	J	J	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Rebeca Carrasco		28/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Reyna Huanan		02/06	P	J	P	J	J	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Carolina Poblete		05/06	P	P	J	J	P	P	J	J	J	J	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Marlene Saldana		08/06	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Sebastian Sepulveda		12/06	/P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Maric Sepulveda		19/06	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P
8	Marta Sepulveda		22/06	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P
9	Sonia Pizar		26/06	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Eva Molina		06/07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P	P	P
11	Carmen Riquelme		13/07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	Susana Quispe		16/07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13			23/07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14			27/07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15			30/07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16			07/08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17			11/08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18			14/08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19			18/08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	8	6	5	6	6	4	3	6	5	3	5	5	5	3	6	6	4	4	6	6
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																				
MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA
Talleres recreativos

de desarrollo

[illegible][illegible]

	6	6	3	4	6	6	7	6									
--	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--


FIRMA PROFESOR

