

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

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

Nombre	FELIPE VARGAS ERIKA PATRICIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DANZA ARABE BASICO	MAR 13:00-14:00	SAB 12:00-13:00	ALONSO DE CAMARGO 8671	7
T.2	DANZA ARABE BASICO	LUN 11:00-12:00	MIE 11:00-12:00	PALOMA 9035	6
T.3	DANZA ARABE BASICO	JUE 16:30-18:30	---	ALEJANDRO FLEMING 7665 TORRE 3 PISO-1	7
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Continuamos perfeccionando técnica Folclórica basada en la Danza Baladí.
T.2	Danza árabe con implemento de aire Danza con velo.
T.3	Conexión femenina, conciencia corporal, disociación fluidez.
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. FELIPE VARGAS ERIKA PATRICIA, 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. FELIPE VARGAS ERIKA PATRICIA .

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 Danza Artesanico	LUGAR DE EJECUCIÓN TONAS MORO FLEMING
NOMBRE DEL PROFESOR PATRICIA Felipe V.	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Jueves 16:30 A 18:30 hrs.

N°	SESIONES	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		PATRICIA FELIPEZ BRAVO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2		GLADYS FLORES FUENTES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3		AIDA ORELLANA ZAHIREZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4		AIDA ORTEGA ORELLANA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5		CRISTINA CASTILLO CURLEE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6		ROSELINDA DEL RIO SANCHEZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7		ROSA SUAREZ LINDO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8		DANIELA MARQUEZ M.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9		MARIA PAZ MARQUEZ																				
10		DANIELA ORZUA																				
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	8 8 7 6 7 7 5 6 7 6 5 6
-----------------------------	-------------------------

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.

