



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	FERNANDEZ SILVA CAROLINA ELISA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	CANTO BASICO	JUE 11:00-13:00	—	VILANOVA 505	5
T. 2	CANTO BASICO	VIE 15:00-17:00	—	VILANOVA 505	5
T. 3	—	—	—	—	
T. 4	—	—	—	—	
T. 5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejercicios de Relajación, Respiración Abdominal y Repertorio
T.2	Ejercicios de Relajación abdominal, apoyo abdominal y Vocalización y Repertorio
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 Sra. FERNANDEZ SILVA CAROLINA ELISA, 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. FERNANDEZ SILVA CAROLINA ELISA.



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 de Conto

LUGAR DE EJECUCION
Vilanova 507

NOMBRE DEL PROFESOR
Carlos Fernández

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves de 11:20 a 13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				20/03/25	27/03/25	03/04/25	10/04/25	17/04/25	24/04/25	01/05/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	05/06/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	03/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	31/07/25
1 Anterella Perucci				J	P	P	J	P	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
2 Jili Roca				J	P	P	J	J	J		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Soledad Andrade				P	J	P	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4 Daniela Corrión				P	J	P	P	J	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5 Dennico Lazo				P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Sergio Lujillos				P	P	P	P	P	P		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Cecilia del Carmen																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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

F. INICIO

F. TERMINING

DEPARTAMENTO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA :

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

Contract

FIRMA PROFESOR

