



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

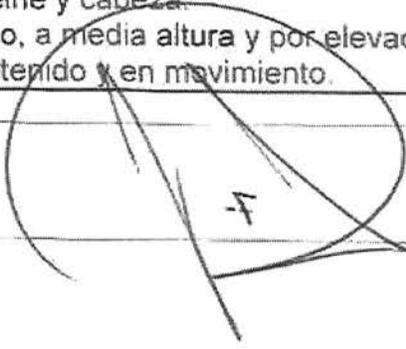
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	FERNANDEZ YAÑEZ SERGIO ✓		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 15 00- 16 00	SAB 09 00- 10 00	PAUL HARRIS 701 (ESTADIO MUNICIPAL)	80
T.2	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 16 00- 17 00	SAB 10 00- 11 00	PAUL HARRIS 701 (ESTADIO MUNICIPAL)	80
T.3	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 17 00- 18 00	SAB 11 00- 12 00	PAUL HARRIS 701 (ESTADIO MUNICIPAL)	70
T.4	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 18 00- 19 00	SAB 12 00- 13 00	PAUL HARRIS 701 (ESTADIO MUNICIPAL)	80
T.5	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Objetivo: Rematar al arco a través de un circuito, utilizando distintas superficies de contacto, empeine y cabeza. Remates al arco: A ras de piso, a media altura y por elevación. Rematar al arco con balón detenido y en movimiento.
T.2	Objetivo: Rematar al arco a través de un circuito, utilizando distintas superficies de contacto, empeine y cabeza. Remates al arco: A ras de piso, a media altura y por elevación. Rematar al arco con balón detenido y en movimiento. Remates en realidad de juego.
T.3	Objetivo: Rematar al arco a través de un circuito, utilizando distintas superficies de contacto, empeine y cabeza. Remates al arco: A ras de piso, a media altura y por elevación. Rematar al arco con balón detenido y en movimiento. Remates en realidad de juego.
T.4	Objetivo: Rematar al arco a través de un circuito, utilizando distintas superficies de contacto, empeine y cabeza. Remates al arco: A ras de piso, a media altura y por elevación. Rematar al arco con balón detenido y en movimiento.

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. FERNANDEZ YAÑEZ SERGIO, 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 YAÑEZ SERGIO .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
ZUMBA MIXTO 13-14 AÑOS

LUGAR DE EJECUCION
ESTADIO MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROFESOR
JERGO FERNANDEZ Y.

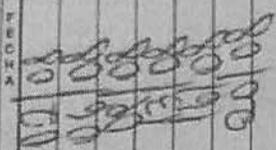
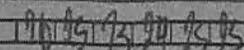
DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles 17:30 a 19:00 Hrs., Jueves 19:00 a 21:00 Hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SEMANA																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
YURIAN ABRONDOZ	P	P	P	P	J	J														
VIGENTE AMICO	P	P	P	P	P	P														
THIAGO BALANDRA	P	P	P	P	P	P														
CRISTOBAL BATALDO	P	/	P	P	P	P														
ALAN NAVIODES	P	P	P	P	P	J														
MANUELIANO EDWARDS	P	/	P	P	/	P														
SEBASTIAN ESTRINA	P	P	/	P	P	P														
SEBASTIAN GARRIDO	P	P	P	P	P	P														
DARIO GOMEZ	P	P	J	J	P	P														
DAFAEL GUERRERO	P	P	P	P	P	P														
DIEGO GUTIERREZ	P	P	P	P	P	P														
DAFAEL GUTIERREZ	P	P	P	P	P	P														
NICOLAS IGLESIAS	P	P	P	P	P	P														
MARTIN LEON	P	P	P	P	P	P														
BENJAMIN MARTINEZ	P	P	P	P	P	P														
BASTIAN MUÑOZ	P	P	P	P	P	P														
MARIANA OLAVE	P	P	P	/	P	P														
TRINIDAD ORTIZ	P	P	P	/	P	P														
MARTIN ORTIZ	P	P	P	P	P	P														
MATIAS PIZARRO	P	P	P	P	P	P														
JORDAN SALVEDA	P	P	P	P	P	P														
DAIS RODRIGUEZ	P	P	P	P	P	P														
DAFAEL ROJAS	P	P	P	P	P	P														
RENATO TORRES	P	P	P	P	P	P														
FRANCISCO VAQUEZ	P	P	P	P	P	P														

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTI

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">N.º DE FECHA</div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>																			
26	MATIAS YORAS	PP	PP	PP	PP	PP															
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					
34																					
35																					
36																					
37																					
38																					
39																					
40																					
41																					
42																					
43																					
44																					
45																					
46																					
47																					
48																					
49																					
50																					
51																					
52																					
53																					
54																					
55																					
56																					
57																					
58																					
59																					
60																					
N.º DE ASISTENTES POR SESION		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">N.º DE FECHA</div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>																			

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44		
26																										
27																										
28																										
29																										
30																										
31																										
32																										
33																										
34																										
35																										
36																										
37																										
38																										
39																										
40																										
41																										
42																										
43																										
44																										
45																										
46																										
47																										
48																										
49																										
50																										
51																										
52																										
53																										
54																										
55																										
56																										
57																										
58																										
59																										
60																										

¿ES ADULTO
MAYOR?

(SI / NO)

PRESENTA
CERTIF
MEDICO

(SI / NO)

10

[Handwritten Signature]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
FUTBOL MIXTO 7-8 AÑOS

LUGAR DE EJECUCION
ESTADIO MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROFESOR
JERONIMO FERNANDEZ Y.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MIÉRCOLES 16:00 A 17:30, VIERNES 11:00 A 13:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 VICTOR ABARCA		P	P	P	P	P															
2 LEON ACALUZA		P	P	P	P	P															
3 NICOLETTA BADAÑO		P	P	P	P	P															
4 AGUSTIN BENAVIDES		P	P	P	P	P															
5 DOMINGA CAMPOES		P	P	J	P	J															
6 THIAGO CANCINO		P	P	P	P	P															
7 LUCIANO CANTERA		P	P	P	P	P															
8 SEBASTIAN CONTRERAS		P	P	P	P	P															
9 BENJAMIN CORONEL		P	P	P	P	P															
10 LUCAS DE LOS REYES		P	P	J	P	P															
11 LUIS DIAZ		P	/	J	P	P															
12 FERNANDO GAJARDO		P	P	P	/	/	P														
13 BENJAMIN GANDINI		P	P	J	J	P															
14 NICOLAS GANDINI		P	P	J	J	P															
15 SIMON GONZALEZ		P	/	P	P	P															
16 DARIO LOPEZ		P	P	P	P	P															
17 MIGUEL LOPEZ		P	P	P	P	P															
18 NICOLAS MOLINA		P	P	P	P	P	/														
19 TAN PAZ		P	P	P	P	P	P														
20 MARTIN REFO		P	P	P	P	P	P														
21 JOSE ROBINHO		P	/	P	/	P	/														
22 MIGUEL ROSPERG		P	P	P	P	P	P														
23 CARLOS SALDANA		P	P	P	P	P	P														
24 MAXIMILIANO SANTIAGUI		P	P	P	P	P	P														
25 BARTOLOMEU VERULVEDA		P	P	P	P	P	P														

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	R E F E R E N C I A	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					
34																					
35																					
36																					
37																					
38																					
39																					
40																					
41																					
42																					
43																					
44																					
45																					
46																					
47																					
48																					
49																					
50																					
51																					
52																					
53																					
54																					
55																					
56																					
57																					
58																					
59																					
60																					

N° DE ASISTENTES POR SESION 15 14 13 12 11

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER FUTBOL MIXTO 15 AÑOS	LUGAR DE EJECUCION ESTADIO MUNICIPAL
---	---

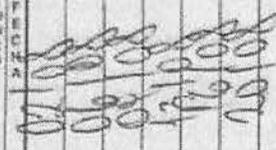
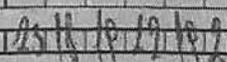
NOMBRE DEL PROFESOR VERGILIO FERNANDEZ Y	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER MIÉRCOLES 17:30 A 19:00, SÁBADO 09:00 A 11:00
---	---

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	BENEFICIARIO N. FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 JOAQUIN AGUIAYO		P	P	J	P	P															
2 LUCA AGUIAYO		P	P	J	P	P															
3 GONZALO ALCAINO		P	/	P	/	P	P														
4 MATEO AMAYA		/	/	P	P	P	P														
5 LEON AYASTA		P	J	P	P	/	P														
6 AUSTIN BALANDRA		P	P	J	P	P	/														
7 FERMIN BECERRA		P	/	/	/	/	/														
8 TAN BECERRA		P	J	P	P	J	P														
9 RAFAEL CALDERON		P	P	P	P	J	P														
10 MAURICIO HUERTA		P	/	/	P	/	/														
11 ANGEL MARCANO		P	P	P	P	P	P														
12 JUAN MELIN		P	J	P	P	J	P														
13 CONSTANTINO MONETT		P	P	J	P	P	P														
14 DIEGO MUÑOZ		P	P	/	P	P	P														
15 JOSE NUÑEZ		P	P	P	P	P	P														
16 TRISTAN ORTEGA		P	J	P	P	J	P														
17 CRISTIAN QUINERA		P	P	P	P	P	P														
18 FERNANDO ROTAS		P	/	/	P	/	P														
19 ALFONSO SALGADO		P	P	P	P	J	P														
20 OSWALDO SANDOVAL		P	P	P	P	P	P														
21 CRISTOBAL TADIA		P	/	P	P	P	P														
22 SANTOS TRAVERSO		P	P	J	P	/	P														
23 JUAN VERGARA		P	P	/	P	P	P														
24 ALONSO TAMORANO		P	J	P	P	J	P														
25																					

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTI

	N.º DE ASISTENTES POR SESION	SESIONES																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)		<div style="text-align: center;">  </div>																				
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						
38																						
39																						
40																						
41																						
42																						
43																						
44																						
45																						
46																						
47																						
48																						
49																						
50																						
51																						
52																						
53																						
54																						
55																						
56																						
57																						
58																						
59																						
60																						
N.º DE ASISTENTES POR SESION		<div style="text-align: center;">  </div>																				

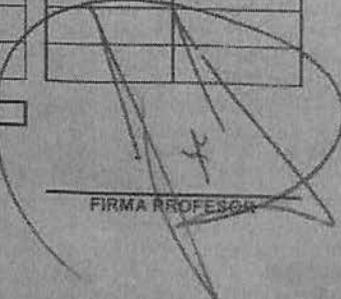
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44						
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)			
26																														
27																														
28																														
29																														
30																														
31																														
32																														
33																														
34																														
35																														
36																														
37																														
38																														
39																														
40																														
41																														
42																														
43																														
44																														
45																														
46																														
47																														
48																														
49																														
50																														
51																														
52																														
53																														
54																														
55																														
56																														
57																														
58																														
59																														
60																														


 FIRMA PROFESOR

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF MEDICO (SI / NO)	
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											

FIRMA PROFESOR