

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

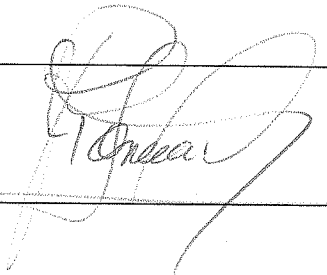
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	FONCEA DIAZ PATRICIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES BASICO	JUE 09:00-11:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	5
T.2	INGLES BASICO 2B	JUE 18:00-20:00	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5
T.3	INGLES CONVERSACION BASICO	MAR 09:00-11:00	---	LA CAPITANIA 255	7
T.4	INGLES CONVERSACION INTERMEDIO	MIE 11:00-13:00	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	9
T.5	INGLES INTERMEDIO	JUE 11:15-13:15	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Al integrarse nuevos participantes se hace indispensable hacer una nivelación, poniendo énfasis en las 4 destrezas en el aprendizaje de otro idioma
T.2	Como llevamos bastante tiempo juntos, siempre se requiere hacer repaso de estructuras con el fin de contestar historias cortas con Wh-Questions, videos
T.3	Como se ha formado un grupo muy agradable todos nos hacemos partícipes de lo que ocurre a cada uno así como una viaje a USA realizo exposición con fotos de cada lugar
T.4	Las temas de conversación varían de acuerdo al estado de ánimo, condiciones de salud, lugar donde se encuentran datos de sus viajes, co-participes de algún emprendimiento, etc
T.5	Como es un grupo con profundo sentido de la responsabilidad, se comparte vivencias que puedan ayudar uno a otros, vamos chequeando Grammar, Videos, etc

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

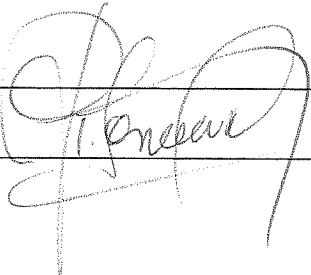
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	FONCEA DIAZ PATRICIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	INGLES INTERMEDIO	LUN 09:00-11:00	---	LA CAPITANIA 255	5
T.7	INGLES INTERMEDIO 1B	JUE 15:00-17:00	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	4
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

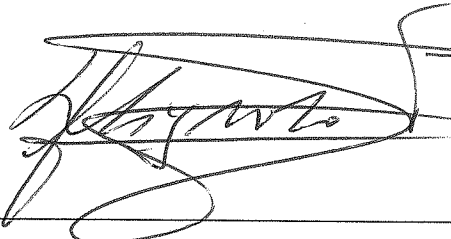
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Ha existido un recambio de participantes, eso amerita nivelar, jugar, cantar con el fin de realizar operaciones básicas, Addition, multiply, subtraction, divisions, etc.
T.7	Biografías de Personajes importantes e influyentes en el mundo, Gabriela Mistral, Maximiliano Kolbe, etc. Selección múltiple, Wh-Questions.
T.8	
T.9	
T.10	

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. FONCEA DIAZ 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. FONCEA DIAZ PATRICIA.

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

Inglés Básico

LUGAR DE EJECUCION

Ateneo Díaz 6471

NOMBRE DEL PROFESOR

Patricia Tena L

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

lunes 9:00 - 11:00

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
				March	March	April 3rd	April 10th	April 17th	April 24th	May 1st	May 8th	May 15th	May 22nd	May 29th	June 5th	June 12th	June 19th	June 26th	July 3rd	July 10th	July 17th	July 24th	July 31st
1	Mendoza Jirivera			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Concha Sergio			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Sichel Paola			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Puente Roberto			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Arcebet Lorena			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Reyes Mariposa			/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Holman Gustavo																						
8	Tena Miguel			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Baeza Lorena																						
10	Tena G. Luis																						
11	Edith Barahona																						
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

16 14 16 15 15 16 15 13 15 14 15 14 15 14

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
Ingeniería de Software

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

PROGRAMA
Talleres Recreativos

[illegible][illegible]

Observaciones: 2 de viaje
1 con enfermedad grave.
Nº 8 Balza ingreso al curso a inicios de agosto


FIRMA PROFESOR

PLATAFORMA EDUCACIONAL

Jueves 18:00 -20:00 hrs.



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Lugar Convalecencia Intermedio

LUGAR DE EJECUCION

La Capitania 255

NOMBRE DEL PROFESOR

Patricia Fonseca

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes 9:00 a 11:00

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
				March 18th	March 25th	March-April	April 1st	April 15th	April 22nd	April 29th	May 6th	May 13th	May 20th	May 27th	June 3rd	June 10th	June 17th	June 24th	July 1st	July 8th	July 15th	July 22nd	July 29th
1	Leontina Gomez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Nancy Drake			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P
3	Marcelo Moreno			P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J
4	Andres Araya			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Jesus Herbera			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
6	Eugenia Chavez																						J
7	Teresa Rizarro																						P
8	Edgar Sanchez																						P
9	Norma Godoy																						P
10																							P
11																							P
12																							P
13																							P
14																							P
15																							P
16																							P
17																							P
18																							P
19																							P
20																							P
21																							P
22																							P
23																							P
24																							P
25																							P

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	3	3	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Patricia Fonseca I

DEPARTAMENTO : Gestion Talleres

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : _____

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : 5
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Talleres Recreativos

[illegible][illegible]

Observación: Justifican por viaje

Nº 4 EEUU
Nº 4 España

7-8-9 se integraron última clase
de julio.


FIRMA PROFESOR

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER _____

FECHA _____

PROFESOR _____

HORARIO _____

PROGRAMA _____

	NOMBRE	FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		

PLATAFORMA EDUCACIONAL

miércoles 11:00 – 13:00 hrs.



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Lugar

LUGAR DE EJECUCION

Dra Eloisa Diaz

NOMBRE DEL PROFESOR

Patricia Fonseca

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves de 11:15 a 13:15

	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
				Mar 20	Mar 27	Abr 3	Abr 10	Abr 17	Abr 24	May 1st	May 8	May 15	May 22	May 29	June 5	June 12	June 19	June 26	July 3	July 10	July 17	July 24	July 31
1	M ^a Ines Lopez			P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Sergio Conejo			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	María Domínguez			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Lorena Cruzchet			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Luz Fomua			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Miguel Fonseca			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Fernando de la Cruz			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Baeza Lorena																						
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

8 7 5 5 5 6 4 4 4 6 6 6 7 6 7 6 5 6 5

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

F. INICIO
Mar 2025

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO
Nov. 2025

PROGRAMA
Talleres Recreativos

[illegible][illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Inglés Intermedio

LUGAR DE EJECUCION

La Capitanía 255

NOMBRE DEL PROFESOR

Patricia Foncea Diaz

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes de 9:00 — 11:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				March 17	March 24th	March 31st	April 7th	April 14th	April 21st	April 28th	May 5th	May 12th	May 19th	May 26th	June 2nd	June 9th	June 16th	June 23rd	June 30th	July 7th	July 14th	July 21st	July 28th
1	Rojas Bustos Ana Rosa	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/
2	Fernandez Silva Erika Marcela	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	/	/	/	/	/
3	Larhi Hazbun Elizabeth M.	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P
4	Moreira Inadza Nora del C.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
5	Quinto Quate Sara del R.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	P	P
6	Baello Gallas Eduardo A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	Godoy Aybun Leutiga del C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	/	/	/	/
8	Alfaro Buenas Rodrigo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9	Estroza Leonora														P	P	P	P	P	J	P	P	P
10	Huancas Vilma																						
11	Keyes Jaeger Marcela																						
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

7776477753433322234

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.

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Patricia Fonseca

DEPARTAMENTO : Gestion Talleres

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

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

DEPARTAMENTO
Gestión Tallores

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

PROGRAMA
Talleres Recreativos

[illegible][illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER _____

FECHA _____

PROFESOR _____

HORARIO _____

PROGRAMA _____

	NOMBRE	FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		

PLATAFORMA EDUCACIONAL

jueves 15:00 – 17:00 hrs.

