

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GONZALEZ GALINDO IGNACIO		
RUT		Período del Contrato	01/01 - 31/12/2025

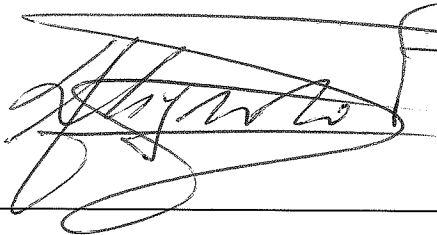
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PLAZAS FUNCIONALES	LUN 20:00 a 21:00	MIE 20:00 a 21:00	BANDEJON PRESIDENTE ERRAZURIZ	10
T.2	--	---	---	---	
T.3	--	---	---	---	
T.4	--	---	---	---	
T.5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Sesiones de entrenamiento funcional orientadas al desarrollo integral de la condición física en un grupo mixto de aprox 10 personas. Diseño y ejecuto planes adaptados a distintos niveles de condición combinando ejercicios de fuerza, resistencia, movilidad y coordinación con el propio peso corporal.

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. GONZALEZ GALINDO IGNACIO, 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. GONZALEZ GALINDO IGNACIO .

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.

