

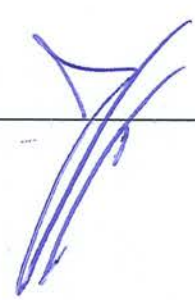
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	HINOJOSA ASECIO JOSE		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	APOYO ESCOLAR	MAR 17:00-18:30	---	PAUL HARRIS 1558	6
T.2	APOYO ESCOLAR	LUN 18:30-20:00	---	PJE. MONICA 1559	5
T.3	APOYO ESCOLAR	SAB 11:00-12:30	---	PJE. MONICA 1559	5
T.4	APOYO ESCOLAR	JUE 17:00-18:30	---	VITAL APOQUINDO 1750	6
T.5	APOYO ESCOLAR	MIE 19:15-20:45	---	PAUL HARRIS 1558	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	REPASO GRAFEMAS Y FONEMAS CON LAS LETRAS: G-J-V
T.2	REPASO N° RACIONALES: FRACCIONES Y DECIMALES OPERATORIA EN RACIONALES: SUMAS - RESTAS
T.3	REPASO PRODUCTOS NOTABLES REPASO LENGUAJE ALGEBRAICO
T.4	REPASO PORCENTAJES RESOLUCION DE PROBLEMAS DE PORCENTAJES
T.5	REPASO ALGEBRA: ECUACIONES REPASO DE PRODUCTOS NOTABLES

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. HINOJOSA ASENCIO JOSE, 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. HINOJOSA ASENCIO JOSE .

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 <i>Aloja Escuela</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Escuela de Uman Vilal Aba 09.6.11</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>José H. N. S. L.</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Viernes 11^a a 18^a hr</i>

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	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
				11-11-2011	18-11-2011	25-11-2011	02-12-2011	09-12-2011	16-12-2011	23-12-2011	30-12-2011	06-01-2012	13-01-2012	20-01-2012	27-01-2012	03-02-2012	10-02-2012	17-02-2012	24-02-2012	03-03-2012	10-03-2012	17-03-2012	24-03-2012
1	ROBERT GUZMÁN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	ANAS HERNAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	PATRICIA DOTT			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	SOFIA BELLA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	DANIEL GONZALEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	MARCOS GONZALEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	BRIAN RUBIN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	VICTOR MENDOZA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	STEFANY RIVERA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	JENNIFER GARCIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	MILAN HERNANDEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	MIGUEL CASTILLO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	DAVID CALDERA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	1	6	4	4	5	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
ABYO ESCOLAR

LUGAR DE EJECUCION

VILLA MANUEL RODRIGUEZ BOLIVIA 1589

NOMBRE DEL PROFESOR
Antonio Hinojosa

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

[illegible]

CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN CLASES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

8. TERMINO
3/1/2025

PROGRAMA

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
25	25	22	25	25	5					

[illegible]

FIRMA/PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Aerobics

NOMBRE DEL PROFESOR
Antonio HINDEN

LUGAR DE EJECUCION
VILLA MANUEL DOMIGUEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SABADO 18:00 a 19:30 hrs

N	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)	SESIONES	FECHA
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	MAXIMILIANO VAMANDO	1	05/04/2025
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	JOSEFA A.	2	12/04/2025
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	EDUARDO NALUZEL PAN	3	19/04/2025
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	MATIAS CULCHAGUICAN	4	26/04/2025
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	BASTIAN RIVAS	5	03/05/2025
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	CELENE MUKAH	6	10/05/2025
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	VICENTE BRIONEX	7	17/05/2025
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	JAN LOPEZ	8	24/05/2025
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	9	7	6	5	6	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

G	04	2326
---	----	------

~~F. TERMINO~~

30	11	2025
----	----	------

DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO
GESTION DE TALENTO

PROGRAMA

PROGRAMA	
TALL. RECEN Y DE DEVEN 2 a 25	

INSCRIPCION MINIMA :

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

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ABX ES6m	LAS CONDESX C.C
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Antes Hinojari	JUEVES 17 ^{da} A 18 ^{da} h

	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
				20-10-2022	21-10-2022	23-10-2022	24-10-2022	25-10-2022	26-10-2022	27-10-2022	28-10-2022	29-10-2022	30-10-2022	31-10-2022	01-11-2022	02-11-2022	03-11-2022	04-11-2022	05-11-2022	06-11-2022	07-11-2022	08-11-2022	09-11-2022
1	MAITE SALAZAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	MATIAS SALAZAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	JOSE VALBUENA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Adrian Carrasco			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Bastian Rivas			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	SEBASTIAN VIVAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	GUILIEM ALEJO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	MAN MUÑOZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Flora Ortiz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Tomás González			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Flora Hernández			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7
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

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

PROGRAMA
TALL. REGION. X DE DEJA - 2020

[illegible][illegible]

~~FIRMA PROFESOR~~

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Arte Esculm

LUGAR DE EJECUCIÓN

PAUL HAMIL 1558

NOMBRE DEL PROFESOR

ANTONIO HINDE

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

MIÉRCOLES DE 19⁰⁰ A 20⁰⁰ hrs

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIÓN

Nº

TEMA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

04-JUNIO-2025

11-JUNIO-2025

18-JUNIO-2025

25-JUNIO-2025

02-JULIO-2025

09-JULIO-2025

16-JULIO-2025

23-JULIO-2025

30-JULIO-2025

06-AUGUSTO-2025

13-AUGUSTO-2025

20-AUGUSTO-2025

27-AUGUSTO-2025

03-SEPTIEMBRE-2025

10-SEPTIEMBRE-2025

17-SEPTIEMBRE-2025

24-SEPTIEMBRE-2025

01-OCTUBRE-2025

08-OCTUBRE-2025

15-OCTUBRE-2025

22-OCTUBRE-2025

29-OCTUBRE-2025

05-NOVIEMBRE-2025

12-NOVIEMBRE-2025

19-NOVIEMBRE-2025

26-NOVIEMBRE-2025

03-DICIEMBRE-2025

10-DICIEMBRE-2025

17-DICIEMBRE-2025

24-DICIEMBRE-2025

31-DICIEMBRE-2025

1. MAXIMILIANO VARGAS

2. DANN VALLERIN

3. VICENTE BRUNO

4. ADRIAN MARIANO

5. MARTIN COLCHIGUEN

6. JUANITO PINO

7. DIEGO NUÑEZ

8. BASTIAN RIVERA

9. SOFIA ARAN

10. IAN LOPEZ

11. ALEJO NAVARRO

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

488 887 787 76

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.

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe
evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]