

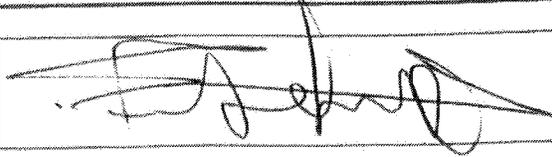
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LAYANA PONCE FELIPE		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

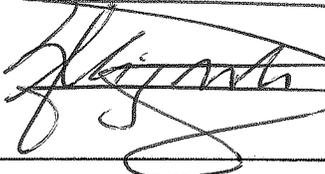
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	SMRY FUTBOL	LUN 17:00-19:00	—	[REDACTED]	9
T.2	BABY FUTBOL	LUN 19:10-21:10	—	[REDACTED]	12
T.3	GRIMASIA ADULTO MAYOR	MIE 10:30-11:30	VIE 10:30-11:30	[REDACTED]	8
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Calentamiento (juego óculo manual, pases con las manos) Ejercicios de coordinación, escaleras y aros Trabajo técnico, conducción ambos bordes y perfiles, pie derecho, pie izquierdo, borde interno, borde externo
T.2	Calentamiento (pases en pareja, utilización borde externo, borde interno, pase de seguridad) Ejercicios enlace de pases, borde interno con desplazamiento Juego táctico menor, gol válido a través de 5 pases consecutivos por equipo
T.3	Calentamiento movimiento articular, tren superior e inferior. Ejercicios de tren inferior, flexiones de rodillas manteniendo posición desplazando el pie lateralmente tres veces por diez cada pie Ejercicios de brazos, flexiones de codo con peso de un kilo por brazo, vuelta a la calma, elongación
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 Sr/a. LAYANA PONCE FELIPE, 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 Sr.a./Sr. LAYANA PONCE FELIPE .

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 CONT

NOMBRE DEL TALLER
Baby Futbol

LUGAR DE EJECUCION
Multi cancha ESTADIO PATRICIA

NOMBRE DEL PROFESOR
Felipe Layana

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES 17:00 hrs A 19:00 hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			14	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28
1 Beltran Maria Jesus	P	P	P	P	P	/	P	P	P	J	/	P	J	P	P	P	P	/	P	J		
2 Camus Luis Martin	P	P	/	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	J	/		
3 caro Facundo	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P		
4 Carvallo Leon	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	J	P		
5 escobedo carlas	P	J	/	P	P	/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P		
6 Layana Antonella	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P		
7 Paredes Sebastian	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	
8 Perez Santiago	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P		
9 Ramos Thiago	P	J	J	P	P	J	P	/	P	P	J	P	P	P	/	P	P	P	P	P		
10 Rivera Bruno	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P		
11 Rodriguez Diego	P	P	/	P	P	/	P	P	/	P	P	/	P	P	J	P	P	P	P	P		
12 Vallesos Maximilian	P	P	/	P	/	P	P	/	J	P	P	/	P	P	/	P	P	P	P	P		
13 Cananiza EMILIANO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	J	P	P	P		
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	13	11	9	12	12	11	10	12	9	12	11	10	10	11	10	11	10	11	10	11	10	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 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.

ROL DE ASISTENCIA

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

F. INICIO
 14-03-25

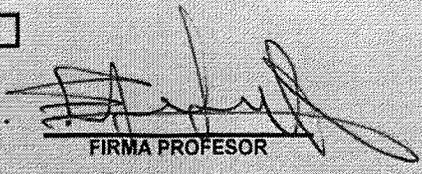
DEPARTAMENTO
 Deporte

F. TERMINO
 30-11-25

PROGRAMA
 Deporte y Recreación

	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)	
	AGOSTO	AGOSTO	AGOSTO	AGOSTO	SEPT	SEPT	SEPT	SEPT	SEPT	Octubre	Octubre	Octubre	Octubre	Noviembre	Noviembre	Noviembre	Noviembre										
	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24										
1	P	/	P																								
2	P	J	/																								
3	P	P	P																								
4	P	P	P																								
5	P	P	P																								
6	P	P	P																								
7	P	P	P																								
8	P	P	P																								
9	/	J	P																								
10	P	P	P																								
11	J	P	/																								
12	J	/	P																								
13	P	P	/																								
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											

10 9 10


 FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
Baby Futbol

LUGAR DE EJECUCION
mlh cancha Estadio Patricio

NOMBRE DEL PROFESOR
Felipe Layana

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 19:10 hrs a 21:10 hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			Marzo	Marzo	Marzo	Marzo	Marzo	ABRIL	ABRIL	ABRIL	ABRIL	MAYO	MAYO	MAYO	MAYO	JUNIO						
1 Acuña Alanis		3	P	P	P	P	J	P	P	P	P	/	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2 Caro colomba		10	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	J	
3 Carvallo Diego		17	P	/	P	J	P	/	P	P	P	J	P	P	/	J	P	/	P	P	P	
4 Ezpinoza Abdíel		24	P	P	J	P	P	P	/	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	/	P	
5 Flores Amaro		31	P	P	P	/	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	
6 Layana Gastón		7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7 Perez Luciano		14	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	
8 Ramirez Raymi		21	P	J	/	P	P	/	J	P	/	P	/	P	P	/	P	/	P	J	P	P
9 Rodriguez Lucas		28	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	
10 Saavedra Austin		5	P	P	P	P	/	P	P	P	/	J	P	P	/	P	P	P	P	P	P	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	10	8	8	8	9	7	9	9	9	9	9	9	9	7	8	7	9	8	9	9		
-----------------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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.

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
GIMNASIA ADULTO MAYOR

LUGAR DE EJECUCION
Sede JUNIA de Vecino de Paloma

NOMBRE DEL PROFESOR
Felipe LAYANA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES Y VIERNES de 10:30 A 11:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 DELFINA TRIANT		P	P	P	P			P	J	/	P	P	J	P	/	P	P	J	P		
2 ELIZABETH QUERO		P	P	P	P			P	P	/	P	J	P	J	P	/	P	P	/	P	P
3 HORTENSIA DEL CA. JORGE		J	P	J	P	/		/	P	/	P	P	P	P	J	J	P	/	J	P	
4 MARIA E. GALAZ		P	P	P	P			P	/	P	P	J	P	P	/	P	P	/	P	P	/
5 MARIA F. JORQUERA		P	P	P	P			P	P	P	J	P	P	/	J	P	P	J	P	J	J
6 MARIA SOLEDAD ORELLANA		P	P	P	P			P	P	P	J	P	P	P	P	P	/	P	P	/	
7 MARIA S. REYES		P	P	P	J	P		P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 MARIA PINO		P	J	J	P	/		/	P	P	P	P	P	P	J	P	/	P	J	/	P
9 MARIA TERESA S.		P	P	P	P			P	P	J	P	J	/	P	P	P	P	P	P	P	P
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION	8	8	7	8	7			7	7	5	6	6	7	7	6	6	7	6	5	6	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

