

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

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

Nombre	MANSFELD HERNANDEZ JORGE		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

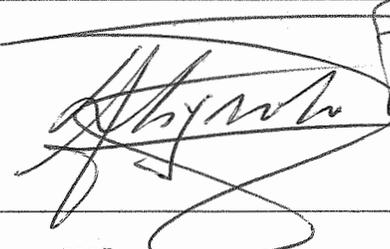
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	ALFABETIZACION	MAR 10:30-12:30	-	[REDACTED]	8
T. 2	-	-	-	-	
T. 3	-	-	-	-	
T. 4	-	-	-	-	
T. 5	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	1- Ejercicios de respiración, coordinación y relajación 2- Leer textos y responder preguntas
T.2	3- Responder preguntas relacionadas con: cultura, historia, música 4- Desarrollar fichas de estimulación cognitiva
T.3	5- Resolver ficha de matemáticas: adiciones, ordenar letras de la > y viceversa 6- Resolver sopa de letras, crucigramas
T.4	7- Pintar láminas; presentar a exposición
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. **MANSFELD HERNANDEZ JORGE**, 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. **MANSFELD HERNANDEZ JORGE**.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año

# PLANILLA CONTROL

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> Aft. detención	<b>LUGAR DE EJECUCION</b> Com. Magaña
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> [Handwritten Name]	<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER</b>

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
1. Arcasol, Olimpia			11/3	P	P	P	P	T	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2. Bevilacqua, Juvenal			11/3	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3. Campos, Juanita			11/3	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	T	P	P	P	P	P	P	P	P	
4. Guardia, Juvenal			11/3	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	
5. Guzman, Patricia			11/3	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6. Lopez, Carmen			11/3	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7. Morales, Eduardo			11/3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8. Salvador, M <sup>a</sup> Ester			11/3	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
9. Vergara, Luis			11/3	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
10. Valdes, de Pascual			11/3	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
11. Vargas, Teresita			11/3	P	P	P	P	T	J	P	T	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	
12. Valverde, M <sup>a</sup> Juvenal			11/3	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
13. Villalobos, Adelina			11/3																				
14.																							
15.																							
16.																							
17.																							
18.																							
19.																							
20.																							
21.																							
22.																							
23.																							
24.																							
25.																							

<b>N° DE ASISTENTES POR SESION</b>	12 10 9 12 11 9 15 10 8 0 5 6 9 9 10 7 11 11 9
------------------------------------	--

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





**LAS CONDES**  
MUNICIPALIDAD

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

