

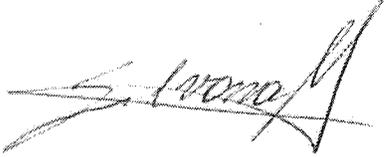
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MARTINEZ HURTADO SILVANA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

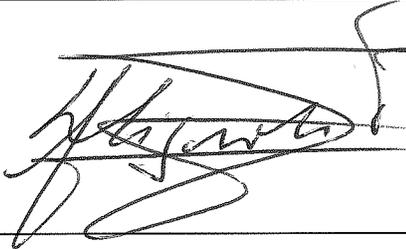
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PREUNIVERSITARIO BIOLOGIA	MIE 18:15-20:15	---	[REDACTED]	6
T.2	--	---	---	---	
T.3	--	---	---	---	
T.4	--	---	---	---	
T.5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Desarrollo Unidad "Genética": Ciclo celular, genes reguladores del ciclo celular, cáncer, mitosis y meiosis. Desarrollo de preguntas PAES en cada clase de acuerdo a la temática trabajada.
T.2	
T.3	
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. **MARTINEZ HURTADO SILVANA**, 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. **MARTINEZ HURTADO SILVANA** .

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

Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
PREUNIVERSITARIO BIOLOGÍA

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR
SILVANA MARTÍNEZ HURTADO

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MIÉRCOLES 18:15 A 20:15

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	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
1	ALCAINO LOAIZA JAVIERA			✓	✓	✓																	
2	BRAVO RODRIGUES ANA			✓	✓	✓																	
3	CACERES GALLEGOS DAFNE			✓	✓	✓																	
4	CAMPOS BARROS MATIAS			✓	✓	✓																	
5	CANALES PIFFAUT PABLO			✓	✓	✓																	
6	CASTRO ESPINOZA CONSTANZA			✓	✓	✓																	
7	CHAVEZ BRICEÑO CATALINA			✓	✓	✓																	
8	DUSSAILLANT ARRIAGADA JAVIERA			✓	✓	✓																	
9	FIGUEROA MIRANDA CRISTIAN			✓	✓	✓																	
10	JORQUERA ARANDA GABRIEL			✓	✓	✓																	
11	JORQUERA CORTÉZ ARIEL			✓	✓	✓																	
12	MUÑOZ PINO IVONNE			✓	✓	✓																	
13	POVEA VIVANCO AMY			✓	✓	✓																	
14	SOTO VIDELA FRANCISCA			✓	✓	✓																	
15	VIVANCO HUIJSCA VLADIMIR			✓	✓	✓																	
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION 566

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

F. INICIO
1 Mayo 2015

DEPARTAMENTO
GESTIÓN TERRITORIAL

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

F. TERMINO
30 Nov. 2015

PROGRAMA
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)		
1																						NO	NO	
2																							NO	NO
3																							NO	NO
4																							NO	NO
5																							NO	NO
6																							NO	NO
7																							NO	NO
8																							NO	NO
9																							NO	NO
10																							NO	NO
11																							NO	NO
12																							NO	NO
13																							NO	NO
14																							NO	NO
15																							NO	NO
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

[Firma]
FIRMA PROFESOR