

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

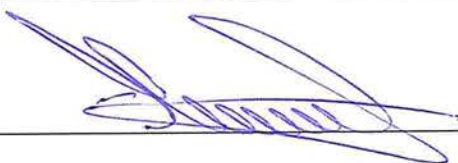
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MARTINEZ LOPEZ ANGELA PRISCILLA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	EXPERIENCIA DEL JUEGO	VIE 16:00-18:00	---	[REDACTED]	3
T.2	EXPERIENCIA DEL JUEGO	SAB 16:00-18:00	---	[REDACTED]	11
T.3	---	---	---	---	---
T.4	---	---	---	---	---
T.5	---	---	---	---	---

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Juegos de coordinación y equilibrio, trabajo de lateralidad, manipulación y traslado de implementos. Juego cognitivo de identificación de figuras similares
T.2	En el calentamiento se realizan ejercicios de adaptación y ampliación del rango de movimientos, mientras que durante la parte principal se realizan ejercicios para la respiración en el medio acuático
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 LOPEZ ANGELA PRISCILLA, 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 LOPEZ ANGELA PRISCILLA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año



ASISTENCIA TALLERES 2025

PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA TALLERES RECREATIVOS DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD														
NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCIÓN			FECHA DE INICIO			PROGRAMA			DEPARTAMENTO			
EXPERIENCIAS DEL JUEGO					21/03			PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO			DISCAPACIDAD			
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN			FECHA DE TERMINO						INSCRIPCIÓN MINIMA			
ANGELA MARTINEZ		VIERNES DE 16:00 A 18:00 HORAS			28/11/2025						6			

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES	AGOSTO												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICADO MEDICO
		SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
		FECHA	25/07	01/08	08/08	15/08										
1	HE LUO ZUEN	1	J...		1	F...										
2	HERNANDEZ SILVA DOMIN	1	J...		1	F...										
3	MIRAMIRA VILCAPOMA C	0	0	0	F...											
4	Regalado Catalina	1	J...	J...	F...											
5	Regalado Valentina	1	J...	J...	F...											
6	Gabriel Velasquez Espinoz	1	1	1	F...											
7	BALDEIG FRIAS BALTAZAR	0	0	0	F...											
10	LOBOS UNDURRAGA VICE	0	0	0	F...											
12	AWAD BONAFINA NADER	0	0	0	F...											
13																
14																
15																
16																
17																

ASISTENCIA POR SESIÓN	5	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° CLASES EFECTUADAS EN EL MES	3												
PROMEDIO DE ASISTENCIA	3												

Observaciones: Los niños trabajan una parte de la clase en el tatami y otra fuera, eso implica sacarse los zapatos esto afecta mucho cuando tenemos lluvia o mucho frío, ya que los padres informan que estan resfriados para poder participar. Días que llueve debería suspenderse la clase a los niños, pero no para nosotros los profesores, es el momento para seguir creando material didáctico para trabajar con ellos.

FIRMA DEL PROFESOR

PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA TALLERES RECREATIVOS DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD														
NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCIÓN				FECHA DE INICIO		PROGRAMA				DEPARTAMENTO		
EXPERIENCIAS DEL JUEGO						22/03		PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO				DISCAPACIDAD		
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN				FECHA DE TERMINO						INSCRIPCIÓN MINIMA		
ANGELA MARTINEZ		SABADO DE 16:00 A 18:00 HORAS				29/11/2025						6		

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES	AGOSTO												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICADO MEDICO
		SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
		FECHA	19/07	26/07	02/08	09/08	16/08									
1	SANDOVAL MELLADO AURORA	1	1	1	1	1										
2	MENARES RAMIREZ LORENZO SE	1	1	1	1	1										
3	PACHECO CASTRO JULIAN EDUAR	1	1	0	1	1										
4	GRATEROL VASQUEZ MATIAS	0	0	0	1	1										
5	AVALOS JEREZ MARÍA EMILIA	1	1	0	1	0										
6	ALVAREZ NIETO SAMANTHA ISAB	0	1	1	1	1										
7	MIRANDA GODOY VICENTE	1	1	1	1	1										
10	CORTEZ LONCOPAN AGUSTIN	1	1	0	1	1										
12	FERNANDEZ CASTILLO LUCIANO A	1	1	0	1	1										
13	HERNANDEZ SILVA DOMINGA AN	0	0	0	1	0										
14																
15																
16																
17																

ASISTENCIA POR SESIÓN	7	8	2	9	8	0	0	0	0	0	0	0	0
N° CLASES EFECTUADAS EN EL MES	3												
PROMEDIO DE ASISTENCIA	11												

Observaciones: Se les solicita a algunos apoderados el ingreso junto con su hijo o hija, debido a las descompensación que en ocasiones presentan y luego de ello han funcionado muy bien.


FIRMA DEL PROFESOR