



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	MENDEZ TORRECILLA MARIA FERNANDA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PORTUGUES INTERMEDIO	MIE 17:00-19:00	--	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	4
T.2	--	--	--	--	
T.3	--	--	--	--	
T.4	--	--	--	--	
T.5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejerc. para pasar al Imperativo. Textos: 50 lire a lingua portuguesa en Brasil, Comprensión lectora, Solhe diferencias del portugués- lenguaje usada en el computador- Ejercicios-
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. MENDEZ TORRECILLA MARIA FERNANDA, 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. MENDEZ TORRECILLA MARIA FERNANDA .

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 CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

PORTUGUÉS INTERMEDIO

LUGAR DE EJECUCION

CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR

Ma. FERNANDA MÉNDEZ TORRECILLA

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MIÉRCOLES 17:00 - 19:00 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	ABELIUK WOLFF SEBASTIAN		02/07/2025						P	P	P												
2	ASTUDILLO CORRAL CAROLINA		09/07/2025						/	/	/												
3	BALTRA GOITY MARIA RAQUEL		16/07/2025				P	P	P	P	P												
4	CABRERA GONZALEZ CESAR		23/07/2025				/	/	/	/	/												
5	HUERFANO BUENO LUDIN		30/07/2025				P	P	P	P	/												
6	MARQUEZ ROJAS EDUARDO		06/08/2025				P	P	P	/	P												
7	RIFFO SOTO CARLA		13/08/2025				/	/	/	/	/												
8	SALVAT DE LENZNER		20/08/2025				P	P	P	P	/												
9	VIEIRA ESPEJO MACARENA		27/08/2025				P			/	/												
10	OSORIO GALLARDO DANI		03/09/2025						P	P	P												
11			10/09/2025																				
12			17/09/2025																				
13			24/09/2025																				
14			01/10/2025																				
15			08/10/2025																				
16			15/10/2025																				
17			22/10/2025																				
18			29/10/2025																				
19			05/11/2025																				
20			12/11/2025																				
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

43554

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 PARTICIPEI EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

L DE ASISTENCIA	
-----------------	--

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR