

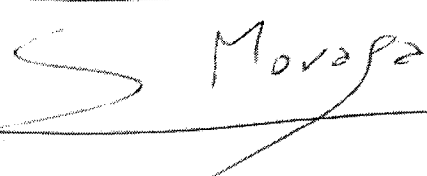
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MORAGA MONTIEL SEBASTIAN		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

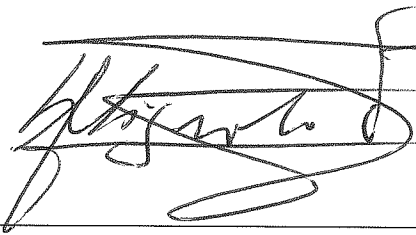
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BASQUETBOL	VIE 17:00-18:30	—		7
T.2	FUTBOL	SAB 09:00-10:00	—		16
T.3	FUTBOL	SAB 10:15-11:15	—		13
T.4	FUTBOL	SAB 11:30-12:30	—		14
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Fundamentos técnicos ofensivos, rompimiento y descarga afuera. Técnica de lanzamiento en estático.
T.2	Tecnificación de fundamentos básicos del deporte, junto a ejercicios enfocados a promover el uso y la ubicación/relación entre jugadores en el campo.
T.3	Tecnificación de control y remate, ejercicios enfocados a búsqueda de espacios libres. Además de trabajos enfocados a búsqueda de sin balón y desmarques a estas zonas libres.
T.4	Trabajos de búsqueda de jugador libre tras secuencias largas de pases mediante realidad de juego con dinámicas y posesión de balón. Promoción de movimientos sin balón y encontrar tercer hombre.

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. MORAGA MONTIEL SEBASTIAN, 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. MORAGA MONTIEL SEBASTIAN .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BASQUETBOL	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SEBASTIÁN MORAGA	VIERNES DE 17:00 A 18:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N º 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
				21-mar	28-mar	04-abr	11-abr	25-abr	02-may	09-may	16-may	23-may	30-may	06-jun	13-jun	20-jun	27-jun	04-jul	11-jul	18-jul	25-jul	01-ago	08-ago
1	ARAYA CANALES EMILIO	A	P	P	A	P	A	P	P	P	A	P	P	A	P	P	A	-	-	P	-		
2	AROS DIAZ MARCELO ALONSO	P	P	P	P	P	A	A	P	P	A	P	P	P	P	P	P	-	-	P	-		
3	DOMANGE PUIGMARTI NICOLAS	A	P	P	P	A	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	P	-	-	P	-		
4	GALVEZ CRUZ EMILIANO JOSE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	A	-		
5	GONZALEZ DUFF JAVIER ENRIQUE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	A	-		
6	NUÑEZ TORRES MARTINA ALICIA	P	P	P	A	P	A	P	A	P	A	P	P	P	P	A	A	-	-	A	-		
7	NUÑEZ TORRES SAMANTA BELEN	P	P	P	A	P	A	P	A	P	A	P	P	P	P	A	P	-	-	A	-		
8	ROJAS CORREA JOAQUIN ALONSO	A	P	P	P	P	A	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	-	-	A	-		
9	SERRA SECO MAXIMILIANO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	A	-		
10	LLANUEVA DEL CASTILLO GEORGE AARO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	A	-		
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	3	6	6	3	5	0	5	3	6	0	6	5	5	6	4	4	-	-	3	-
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

PROGRAMA	
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

FUTBOL 6 - 9 AÑOS

LUGAR DE EJECUCION

CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR

SEBASTIÁN MORAGA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

SÁBADO 09:00 - 10:00 HORAS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N º 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
				2	2	0	1	1	2	0	1	1	2	3	0	1	2	2	0	1	1	2	0
				2	9	5	2	9	6	3	0	7	4	1	7	4	1	8	5	2	9	6	2
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				m	m	a	a	a	a	m	m	m	m	m	j	j	j	j	j	j	j	j	a
				a	a	b	b	b	b	a	a	a	a	a	u	u	u	u	u	u	u	u	g
				r	r	r	r	r	r	y	y	y	y	y	n	n	n	n	i	i	i	i	o
1	AN DER FUHREN IGLESIAS LUCAS JOSE			P	A	P	A	A	A	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	P	P	A	A
2	CASTILLO SMITH JAVIER ANDRES IGNACI			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	P	P	A
3	CASTRO ELIZALDE ISMAEL			A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	A	A	A	A	P	A	A
4	CASTRO ELIZALDE TOMAS			A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	A	A	A	A	P	A	A
5	CASTRO MARTINEZ RAFAEL			P	A	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	A	A	P	P	A
6	CONTRERAS VEGA CATALINA			A	A	A	A	A	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	P	A	P	A
7	CONTRERAS VEGA SEBASTIAN			A	A	A	A	A	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	A	P	A
8	GAJARDO LOBOS FERNANDO ALONSO			P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	P	P	A	A	A	A	A	A	A	A
9	GARZON ROBAYO ESTEBAN			P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	P	P	P	A	A	A		P	P	A
10	GUZMAN SEGURA SANTIAGO ALEXIS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	A	A	A	P	P	P	A
11	REYES LOPES EMMA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	P	P	A	A	A	A	P	P	P	A
12	ROULIEZ SMITH VICENTE MATHIAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	P	P	A	A
13	EPULVEDA ZAPATA BALTAZAR JOAQUIN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	7	7	9	7	8	10	10	10	9	8	8	5	0	0	0	7	9	7	0	0
-----------------------------	---	---	---	---	---	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
FUTBOL 10 - 13 AÑOS	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SEBASTIÁN MORAGA	SÁBADO 10:15 - 11:15 HORAS

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
				2	2	0	1	1	2	0	1	1	2	3	0	1	2	2	0	1	1	2	0
				2	9	5	2	9	6	3	0	7	4	1	7	4	1	8	5	2	9	6	2
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				m	m	a	a	a	a	m	m	m	m	m	j	j	j	j	j	j	j	j	a
				a	a	b	b	b	b	a	a	a	a	a	u	u	u	u	u	u	u	u	g
				r	r	r	r	r	r	y	y	y	y	y	n	n	n	n	l	l	l	l	o
1	ARANCIBIA CABELLO SEBASTIAN			P	P	A	P	A	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	P	A	P	A
2	AROS DIAZ MARCELO ALONSO			P	P	A	P	A	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	P	P	P	A
3	CARO ANTIMIL NICOLAS PABLO			P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	A	A	A
4	CORAL TORRES JOSE-IGNACIO			P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	GAJARDO VALBUENA VICTOR			A	A	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	MILLAN MORALES HILARIDES			P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	A
7	MUÑOZ DIAZ MATIAS SANTIAGO			P	A	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	P	P	P	A
8	POLO VILCAPOMA RYAN POLO			P	P	A	P	A	P	P	P	P	P	A	P	A	A	A	A	P	P	P	A
9	REYES LOPES MATEUS HENRIQUE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	P	A	A	A	A	A	P	P	A	A
10	ROULIEZ SMITH DIEGO ANDREE			P	P	P	P	A	P	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A
11	VALDIVIA PICASSO JULIAN			A	P	A	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	P	A
12	VILLARROEL ARAYA LUCAS FRANCISCO			P	P	A	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	P	A
13	ZEPEDA STURIONE TOMAS			P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	P	P	P	A
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	10	9	6	10	0	10	10	9	9	10	8	8	4	0	0	0	10	7	7	0
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.

DE ASISTENCIA	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

DEPARTAMENTO
DEPTO. GESTIÓN DE TALLERES

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
FUTBOL 14 - 17 AÑOS	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SEBASTIÁN MORAGA	SÁBADO 11:30 - 12:30 HORAS

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
				2	2	0	1	1	2	0	1	1	2	3	0	1	2	2	0	1	1	2	0
				2	9	5	2	9	6	3	0	7	4	1	7	4	1	8	5	2	9	6	2
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				m	m	a	a	a	a	m	m	m	m	m	j	j	j	j	j	j	j	j	a
				a	a	b	b	b	b	a	a	a	a	a	u	u	u	u	u	u	u	u	g
				r	r	r	r	r	r	y	y	y	y	y	n	n	n	n	l	l	l	l	o
1	APAZA VICENTE BENJAMIN GABRIEL			P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	A	P	P	A	A
2	BRAVO CONTRERAS MAXIMILIANO			P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	A	A	A	P	P	A	A
3	BRAVO DOONER IGNACIO ANDRES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	CONCHA DONOSO ANGEL ESTEBAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	P	P	A
5	FERNANDEZ REYES IAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	P	A
6	GODOY BUTTELER RODRIGO NICOLAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A	P	A	A	A
7	GONZALEZ MARCOS AGUSTIN			A	P	A	A	A	A	A	A	A	P	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	NDEMANN SCHURMANN SANTIAGO RAFAEL			A	A	P	P	P	P	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A	P	P	A	A
9	MUÑOZ FLORES VICENTE IGNACIO			P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	P	A
10	OTTO MARTINEZ BALTHAZAR THOMAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	SAN MARTIN SEPULVEDA JAVIER IGNACIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	TAMARGO LECOURANT MATEO ANTONIO			P	A	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	6	6	6	6	6	6	5	5	4	4	4	5	4	0	0	0	6	6	3	0
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.

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR