



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	OYARZUN GUZMAN CRISTIAN		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	JUEGOS DE MESA	JUE 10:00-12:00	---		5
T. 2	-	---	---	-	
T. 3	-	---	---	-	
T. 4	-	---	---	-	
T. 5	-	---	---	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Desarrollo de la mecánica de "Escalada" en los Juegos de mesa y sus beneficios cognitivos en Adultos jóvenes.
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. OYARZUN GUZMAN CRISTIAN, 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. OYARZUN GUZMAN CRISTIAN .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Suepos de Mesa	
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Cristian Oyarzun Guerra	Sueves 10:00 a 12:00

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION										4	5	4	5	7	5	9	6	6	4	6	5	5	5	2	6	5	4	3
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																												

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MÁRQUE 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	DEPARTAMENTO
10:00	
F. TERMINO	PROGRAMA
12:00	

[illegible]