



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	PEREZ MORAGA MARTHA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/06 - 30/11 2025

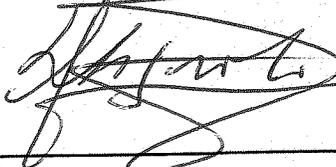
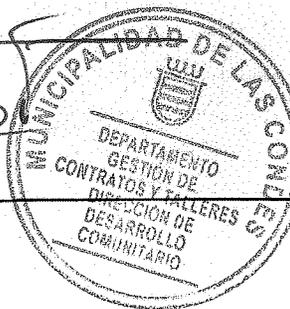
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TAROT Y AUTOCONOCIMIENTO	LUN 18:00-20:00	—	██████████	7
T.2	—	—	—	—	
T.3	—	—	—	—	
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se han realizado ejercicios de meditación, se les ha enseñado arcanos como el carro, el ermitaño, trabajo de tarot en grupo, donde practican lo ha aprendido, cada alumna comenta sobre la carta que eligen al azar.
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. PEREZ MORAGA MARTHA, 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. PEREZ MORAGA MARTHA .

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
Tal y Subarrendamiento

LUGAR DE EJECUCIÓN
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
Yessica Rojas M.

FECHA Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 18^h - 20^h hrs

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (LETRA IMPRINTA)	N°	FECHA	SESIONES														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
<i>Isaac Paulino Hernandez</i>			P														
<i>Alfonso Luis Hernandez</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Imanuel David U.</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Alison Rodriguez Lopez</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Amelito Lopez</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Yessica Rodriguez Hernandez</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Fernando Hernandez</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Zilla Fink Isaac</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Juan Maria Aguilar Heredia</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
<i>Isaac Rojas</i>			P														

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "-" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AERÓBICO.
 ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

