

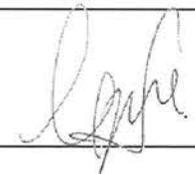
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>RIVAS SALAZAR CARMEN PAZ</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ACONDICIONAMIENTO FISICO	MAR 20:30-21:30	JUE 20:30-21:30	[REDACTED]	10
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Mejorar fuerza muscular, resistencia y sociabilidad
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. RIVAS SALAZAR CARMEN PAZ, 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. RIVAS SALAZAR CARMEN PAZ .

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 CONT

NOMBRE DEL TALLER: Deporte con un solo tenis DE EJECUCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR: Carla Dora Salazar DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Martes - Jueves 20:30 - 21:30 hrs.

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESIONES																				
		FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	PAOLA ALVARO L.	20/08/21	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	VERONICA DIAZ A.	20/08/21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	JONIA GAMBOA M.	25/08/21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	PAULINA HERNANDEZ	27/08/21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	MARIA IBACHO C.	28/08/21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	JOCelyn LOPEZ V.	29/08/21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	ZOLA LUCERO J.	30/08/21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	MARCOLA MARIN V.	31/08/21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	ALICIA NANCUCHO D.	01/09/21	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
10	BERKA OLMUN A.	02/09/21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	MARIA PARAGUIZ E.	03/09/21	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
12	PAOLA PEREZ P.	04/09/21	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
13	MARITZA VIOGA A.	05/09/21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	MARIA ROSALDO H.	06/09/21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
15	MARIS RUIZ F.	07/09/21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16	Monica VAZQUEZ	08/09/21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
17	ANA MARIA CASAS	09/09/21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

# ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO  
17/03/2025

DEPARTAMENTO  
Deporte

F. TERMINO  
30/11/2025

PROGRAMA  
Deh 24 Deporte y Recreacion

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1	29/05/25	03/06/25	05/06/25	10/06/25	12/06/25	17/06/25	19/06/25	24/06/25	26/06/25	27/06/25	03/07/25	05/07/25	10/07/25	15/07/25	17/07/25	22/07/25	24/07/25	29/07/25	31/07/25	05/08/25	07/08/25	12/08/25	14/08/25	19/08/25	NO	
2	/	/	/	/	S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NO	
3	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
4	/	/	/	/	S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	SI	
5	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
6	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	
7	/	/	/	/	S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NO	
8	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	
9	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
10	J	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
11	P	P	P	P	S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	SI	
12	P	P	P	P	S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NO	
13	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
14	/	/	/	/	S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	SI	
15	P	P	P	P	S	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	NO	
16	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
17	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										

\_\_\_\_\_

FIRMA PROFESOR