

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

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

Nombre	ROZAS PARRA ALEJANDRO		
RUT		Período del Contrato	16/06 - 31/12 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 15:00 a 16:00	SAB 09:00 a 10:00		27
T.2	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 16:00 a 17:00	SAB 10:00 a 11:00		23
T.3	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 17:00 a 18:00	SAB 11:00 a 12:00		23
T.4	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 18:00 a 19:00	SAB 12:00 a 13:00		21
T.5	PLAZAS FUNCIONALES	LUN 19:00 a 20:00	MIE 19:00 a 20:00	PLAZA BRASILIA	18

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Los jugadores conocerán y ejecutara una serie de actividades de coberturas en la marca
T.2	Los jugadores conocerán y ejecutara una serie de actividades de coberturas en la marca y los duelos 1 x1
T.3	Los jugadores conocerán y ejecutara una serie de actividades de coberturas en la marca y los duelos 1x1 y 2x2
T.4	Los jugadores conocerán y ejecutara una serie de actividades de coberturas en la marca y los duelos 1x1, 2x2 y superioridad numérica 2x1 y 3x2
T.5	Los asistentes desarrollan sus capacidades físicas por intermedio de estaciones

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

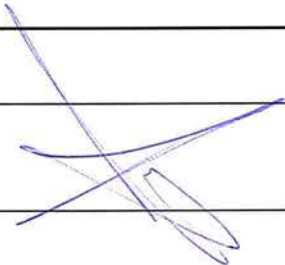
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ROZAS PARRA ALEJANDRO		
RUT		Período del Contrato	16/06 - 31/12 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PLAZAS FUNCIONALES	MAR 19:00 A 20:00	JUE 19:00 A 20:00	PLAZA NAVIDAD	18
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Los asistentes desarrollan sus capacidades físicas por intermedio de estaciones
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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. ROZAS PARRA ALEJANDRO, 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. ROZAS PARRA ALEJANDRO.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : _____

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N. SESIONES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
26	CRISTOPAL SANCHEZ	02/09/2020	P	P	P	P	P	P														
27	NICOLAS TUPONE	06/09/2020	P	P	P	P	P	P														
28	MAHIMIANO VALBUENA	09/09/2020	P	P	P	P	P	P														
29	SANTIAO VORA	13/09/2020	P	P	/	P	P	P														
30	JUAN VILLALOBOS	16/09/2020	P	P	/	P	P	P														
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																						
N° DE ASISTENTES POR SESION																						

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 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

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	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)
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																										

FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : _____

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44		
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																										

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
(SI / NO)	(SI / NO)

JUN 23

DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO PROGRAMAS Y TALLERES

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : _____

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

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
26	Munoz Eduardo	02/08	P	P	P	P	P	P														
27		06/08																				
28		09/08																				
29		13/08																				
30		16/08																				
31		20/08																				
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																						

N° DE ASISTENTES POR SESION

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 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

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del 1

	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)
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																										

FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : _____

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	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)
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																											

FIRMA PROFESOR