

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

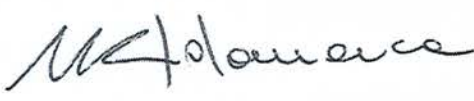
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SALAMANCA CARVAJAL MARIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 11:00-13:00	---		7
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	VIE 11:00-13:00	---		6
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Juegos de bachillerato, aprender poesía y recitar de memoria. Investigar sobre el origen de su nombre y apellido, cálculo matemático, series lógicas y acertijos
T.2	Juegos de bachillerato, aprender poesía y recitar de memoria. Investigar sobre el origen de su nombre y apellido, cálculo matemático, series lógicas y acertijos
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. SALAMANCA CARVAJAL MARIA, 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. SALAMANCA CARVAJAL MARIA .

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 ELECCION

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

[illegible]

ASISTENTES POR SESION

ARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

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

ARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SEBERÁ 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

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
Entrenamiento Cognitivo

LUGAR DE EJECUCION

Leonardo De Ranci 1532

F. INICIO

DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL PROFESOR
M^{re} Rosendo Salazar

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes - 11⁰⁰ - 13⁰⁰

F. TERMINO

PROGRAMA
Estimulac. Cognit

[illegible][illegible]



sin señal
HDAQ1
!!! Verificar las conexiones de cables y la
configuración de su dispositivo del fuente.
!!! El sistema de audio e iluminación en su control
remoto para precalentamiento el dispositivo de la
fuente conectada.

$$1 = \frac{1}{2} + \frac{1}{2}$$

1 ladrillo = 1 SK + $\frac{1}{2}$ ladrillo

