

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

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

Nombre	SALAZAR LARA DELIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE FOLCLORICO	JUE 17:00-19:00	---	[REDACTED]	7
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Actividad de estiramiento y movilidad adaptadas, ejercicios de coordinación motriz, escucha guiada de música tradicional de baile, aprendizaje de paso básicos adaptados del baile zambos caporales zona norte, enseñanza de pasos de baile tradicionales adaptados según sus capacidades individualmente, en parejas y grupo, repetición y practica en grupo de baile de diferentes zonas del país, organización de pequeña coreografía grupal de baile zambos caporales zona norte, inclusión de elementos tradicional del baile (pañuelo, cintas, traje típico), reforzamiento positivo y anticipación a la próxima sesión Ensayo de presentación en actividad de fiestas patrias, organizadas por el departamento de discapacidad.
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. SALAZAR LARA DELIA, 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. SALAZAR LARA DELIA .

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.

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCIÓN				
FOLKLORE		CC PADRE HURTADO				
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN				
Alejandra Salazar Lara		JUEVES 17:00 a 19:00 hrs				
N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES				
		SESIONES	1	2	3	4
		FECHA	07-ago	14-ago	21-ago	28-ago
1	AGURTO SILVA MARCOS FERNANDO		1	1	1	
2	CRESPO LAGOS JAVIER HERNAN		1	1	Justifica	
3	DE RAMON PORTILLA CAROLINA AND		1	0	Justifica	
4	ETCHEPARE CHARLIN JUAN		1	1	Justifica	
5	HERREROS NOGUEIRA CAMILA MARIA		1	1	Justifica	
6	PANTOJA ROBLES ROLANDO HERNAN		1	1	1	
7	SANGUESA GOMEZ MARIA SOLEDAD		1	1	Justifica	
8	SLIGHT WENZEL VALERIE JANE		0	0	0	
9	VARAS YAÑEZ ALEJANDRO ALBERTO		0	1	Justifica	
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
ASISTENCIA POR SESIÓN			7	7	2	0

