

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

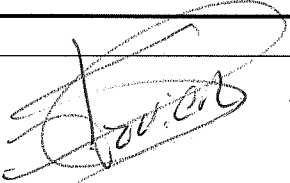
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SANCHEZ CORNEJO JAVIER			
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025	

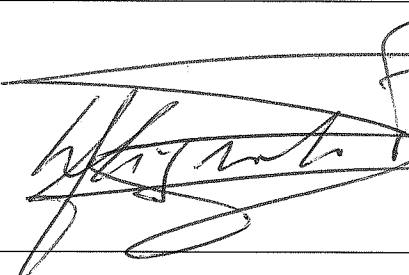
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MUSICA FOLCLORICA	LUN 19:15-21:15	---		8
T.2	PADRE HURTADO DE LAS CONDES	JUE 20:00-22:00	---		9
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	EL GRUPO TALLER TRADICIONES VIEJAS, ENSEÑANDO ACORDES PARA GUITARRA, ZARZUELOS, ARMONIOS, SEPTINAS, Y CANTO PARA CREACIONES POPULARES COMO BOLEROS, VALS, TONZADAS, CUECAS, PREPARANDO PRESENTACION DE Jb. de Viejitos
T.2	EL GRUPO FOLCLORICO, EN ENSAYOS REGULARES, PREPARANDO ROSCA, Y BAILES TRADICIONALES DE ZONA CENTRO SURCO, POLZOSA, JOTA POLKAGATO, CUECAS. Y SEÑALAR QUE YA SE ESTO PRESENTANDO EN INVITACIONES.
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. SANCHEZ CORNEJO JAVIER, 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. SANCHEZ CORNEJO JAVIER .

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

Guión de Folclore

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR

Ismael Sánchez C.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes 18:21:00

	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
					7 - Abril	14 -	21 -	28 -	5 Mayo	12 Mayo	19 Mayo	26 Mayo	2 Junio	9 Junio	16 Junio	23 Junio	30 Junio	7 Julio	14 Julio	21 Julio	28 Julio	4 Agosto	11 Agosto	18 Agosto
1	Vilches Vernal Ada				/	P	P	P	/	/	/	/	P	P	/	P	P	/	P	P	P	P	P	P
2	Villarroel Valle Orquidea				/	P	P	/	P	P	/	/	P	P	/	/	P	/	P	P	P	P	P	/
3	Lafuente Henriquez Norma				P	/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P
4	Pena Pena Rosa				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P
5	Mendez Ramirez Ma Gloria				P	/	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Tapia Henriquez Brunilda				P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	/	P	/	P	P	P	P	P	P	P
7	Aristegui Silva Manuel				P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P
8	Espinosa Valenzuela Enrique				P	P	P	P	P	P	/	/	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	Loche Alarcon Juan				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Gianini Urrotia Elizabeth				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	P	P	P	/	P	P
11	NORRA UNO												P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION

8887896791168971010999189

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 DEBERÁ 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Grupo Fidek Pedro Hurtado L3 Casa	
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Gerardo Sanchez C	Jueves 20 a 22 ⁰⁰ hrs

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		S E S I O N E S	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA	3 Abril	10 Abril	8 Mayo	15 Mayo	22 Mayo	5 Junio	19 Junio	26 Junio	3 Julio	10 Julio	17 Julio	24 Julio	31 Julio	7 Agosto	14 Agosto	21 Agosto			
1	Carolina Cornejo E		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
2	Flórida Villacura		P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Laura Morales		P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	/	P	/	/	P					
4	Patricia Garcia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	Carla Romero		P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
6	Cristian Salgado		P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	P	/	P	P	P	P					
7	Mauricio Aguirre		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8	Xenia Riveros		P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
9	Nataly Novis		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
10	Gerardo Sanchez C		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
11	Nora Wiza		/	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	/	/	/						
12	Ricardo Cardenas		/	/	P	P	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P						
13	Ilex Chavez															P	P	P					
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	9	10	9	9	5	8	8	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
-----------------------------	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR :

Tatiana Sánchez Cornejo.-

DEPARTAMENTO :

PROGRAMA :

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO :

2025.-

DE ASISTENCIA

F. INICIO
Abril

DEPARTAMENTO
Gestión Ambiental y Biotecnología

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
Noviembre

PROGRAMA
Taller de Reparección y Diagnóstico

[illegible][illegible]

~~FIRMA PROFESOR~~

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER Folclore
PROFESOR Juven Sanchez C
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO
FECHA 3 Abril
HORARIO 20:22⁶⁰

NOMBRE		FIRMA
1	Morissa Delacruz	
2	Patricia Garcia	
3	Laura Morales	
4	CARLA ROMERO T.	
5	Christian Rodriguez	
6	Marcos Aguilar G.	
7	Xenia Puentes S.	
8	Nataly Navia	
9	CERARDO Sanchez	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		