

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SEPULVEDA DROGUETT LENIK		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BOCCIAS	VIE 17:00-19:00	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	9
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Llegada y bienvenida de participantes del taller.
T.2	Concentración, calentamiento, se practican diferentes formas de lanzamiento de la boccia. Se practican tiros libres y luego se ponen obstáculos para fomentar la concentración y estrategias de tiros y de juego.
T.3	Se practican partidos de preparación para las futuras competencias del taller.
T.4	
T.5	

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

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

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. SEPULVEDA DROGUETT LENIK, 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. SEPULVEDA DROGUETT LENIK .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

ASISTENCIA TALLERES 2025

PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA TALLERES RECREATIVOS DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD														
NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCIÓN		FECHA DE INICIO		PROGRAMA		DEPARTAMENTO						
BOCCIAS		C.C.SANTA ZITA (SANTA ZITA # 9135)		04/04		PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO		DISCAPACIDAD						
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN		FECHA DE TERMINO				INSCRIPCIÓN MINIMA						
LENIK SEPULVEDA		VIERNES DE 17:00 A 19:00 HRS.		29/11/2025				10						

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES	AGOSTO												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICADO MEDICO	
		SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
		FECHA	01/08	08/08	15/08	22/08	29/08										
1	ARENAS RIQUELME CAROLINA FRANCISCA		1	1	1	S	S										
2	TORRES DUARTE SERGIO ANDRES		1	1	1	S	S										
3	FARIAS MARTINI ANDRES FELIPE		1	0	1	S	S										
4	BUSQUETS KITTSTEINER PEDRO		0	1	1	S	S										
5	BRIN RAMIREZ SANTIAGO		1	1	1	S	S										
6	ORTEGA IDE PAULA		1	1	1	S	S										
7	REPETTO GUTIERREZ FRANCO LEONARDO		1	1	1	S	S										
8	ULLO FLORENCIA		1	1	1	S	S										
9	PEREZ LAVIN ANTONIA BELEN		1	1	1	S	S										
10	MORALES BARAONA HUGO ANDRES		0	1	1	S	S										
11	MONTALBAN IBAÑEZ FERNANDO		0	0	0	S	S										
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

ASISTENCIA POR SESIÓN	8	9	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° CLASES EFECTUADAS EN EL MES	3												
PROMEDIO DE ASISTENCIA	9												

FIRMA DEL PROFESOR