

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

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>SMITH VELASQUEZ NATALIA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TAKE MANU-BAILE	SAB 18:00-20:00	---	[REDACTED]	14
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejercicios de Calentamiento y elongación. Ejercicios de coordinación y desplazamiento utilizando distintos ritmos. Corrección de movimiento de coreografías vistas. Montaje de dos nuevos diseños de piso y continuidad de pasos entre canciones.
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. SMITH VELASQUEZ NATALIA, 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.

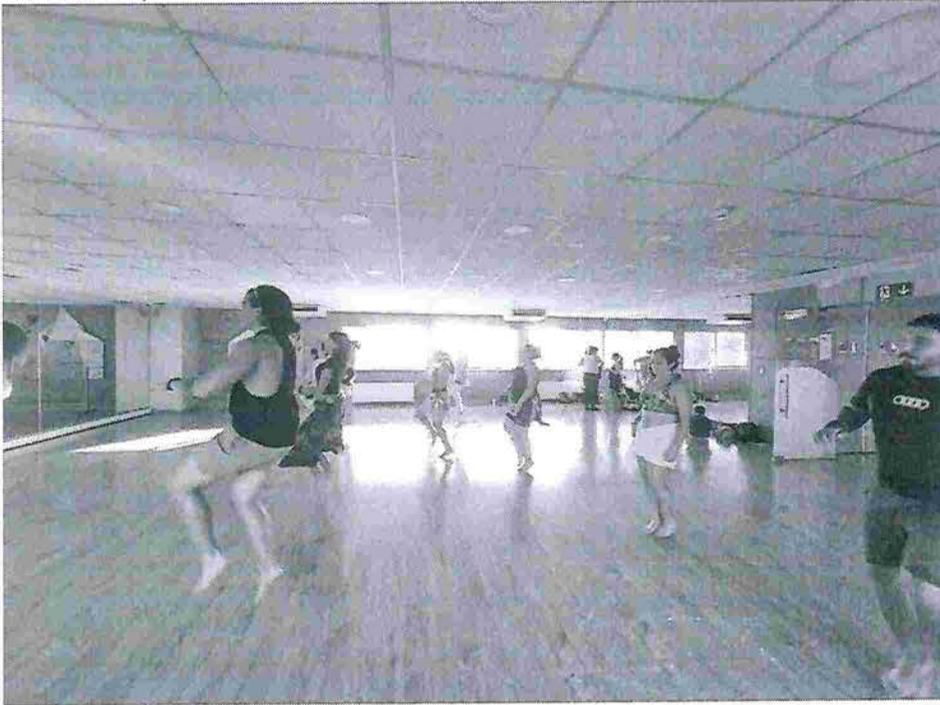
Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en 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. SMITH VELASQUEZ NATALIA .

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.



## PLANILLA CONTROL

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> Tika Manu Beile	<b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b> Centro Comunitario Padre Hurtado
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> Natalia Smith Velazquez	<b>DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER</b> Sábados 18:00 a 20:00 hrs

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES																			
		FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		05 - ABR	12 - ABR	19 - ABR	26 - ABR	03 - MAY	10 - MAY	17 - MAY	24 - MAY	31 - MAY	07 - JUN	14 - JUN	21 - JUN	28 - JUN	05 - JUL	12 - JUL	19 - JUL	26 - JUL	02 - AGO	09 - AGO	16 - ABO
1	M <sup>o</sup> Jose Alejo Rodriguez	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Francisco Aniceto Bustamante	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Geonel Duarte Matos	P	P	P	J	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Constanza Guzmán Labas	P	P	P	J	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	David Ortiz Colleo	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Issabo Pizarro Galaz	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
7	Diego Rodriguez Sotomayor	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
8	Esteban Rodriguez Sotomayor	P	P	A	J	P	P	A	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Evelyn Sotomayor Castro	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Daniela Trincado Rojas	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
11	Sergio Tapia Galzardo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P
12	Agustín Espinoza Ortiz	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
13	M <sup>o</sup> Fernando Duarte Matos	P	P	P	J	P	P	A	P	P	J	P	P	P	A	J	P	P	P	P	P
14	Constanza Bravo Flores	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

<b>N° DE ASISTENTES POR SESIÓN</b>	13	13	12	12	13	13	10	11	13	13	12	13	14	13	11	14	15	13	15
------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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.