

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

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

Nombre	TORRES AYALA MARIA PAZ		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	ALFABETIZACION	MAR 11:00-13:00	--	[REDACTED]	6
T. 2	-	--	--	-	
T. 3	-	--	--	-	
T. 4	-	--	--	-	
T. 5	-	--	--	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Aplicación de forma lúdica de distintas disciplinas artísticas tales como bordado y acuarela para desarrollar el lenguaje, la escritura y la lectura.
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. TORRES AYALA MARIA PAZ, 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 Sr.a./Sr. TORRES AYALA MARIA PAZ .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Alfabetización

LUGAR DE EJECUCION
[Redacted] (CC Diego Torres)

NOMBRE DEL PROFESOR
María Paz Torres Ayala

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes 11:00 - 13:00

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
			1 M. Laura Heenowitz	P	P	P	P	/	/	P	P	P	P	/	P	P	/	P	P	/	/
2 Marco Glono Ayala L.	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3 Christian Torres M.	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4 Paloma Cobantes M.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5 Mario Eugenio Uspuez T.	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	
6 Anthe Barrios																					
7 Yervanny Ramirez									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	
8 Marisol Nieto Alford																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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 PARTICIPE EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

