

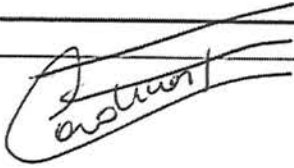
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	FERNANDEZ SILVA CAROLINA ELISA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	CANTO BASICO	JUE 11:00-13:00	---	██████████	4
T. 2	CANTO BASICO	VIE 15:00-17:00	---	██████████	4
T. 3	---	---	---	---	
T. 4	---	---	---	---	
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejercicio de Respiración, Apoyo vocal y Akinación Interpretación expresiva corporal.
T.2	Ejercicio de Respiración Relajación diafragma, Apoyo vocal y abdominal Vocalización e interpretación
T.3	
T.4	
T.5	

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

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **FERNANDEZ SILVA CAROLINA ELISA**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO** 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 **JULIO** 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. **FERNANDEZ SILVA CAROLINA ELISA**.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes, **JULIO** de **2025**
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <u>Taller de Canto</u>	LUGAR DE EJECUCION <u>Vilanova SOT</u>
NOMBRE DEL PROFESOR <u>Cecilia Fernández</u>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <u>Jueves de 11:00 a 13:00</u>

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Impronta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					20/03/21	27/03/21	03/04/21	10/04/21	17/04/21	24/04/21	01/05/21	08/05/21	15/05/21	22/05/21	29/05/21	05/06/21	12/06/21	19/06/21	26/06/21	03/07/21	10/07/21	17/07/21	24/07/21	
1	Anterella Perucci	J	P	P	J	P	J	P	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
2	Jili Ron	J	P	P	J	J	J	J	J		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Solcelos Andrade	P	J	P	J	J	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
4	Daniela Coruio	P	J	P	P	J	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
5	Demian Lazo	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Sergio Trujillo	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : 12
(con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

[illegible][illegible]

Contract

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

taller de lomb

LUGAR DE EJECUCION

Villanova 505

NOMBRE DEL PROFESOR

Conchita Fernández

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jieneros de 15⁰⁰ a 17⁰⁰ hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
ESIONES	FECHA	02/05/25	09/05/25	16/05/25	23/05/25	30/05/25	06/06/25	13/06/25	20/06/25	27/06/25	04/07/25	11/07/25	18/07/25								

1	Jenia Nanci	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
2	Lucia Cubillos	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
3	Camandela Besun	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
4	Ismael Videla	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
5	Diego Soledad Henain	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
6	Aurora Espinoza	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
7	Juan Zuniga	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
8	Diego de la Angulo Pable	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
9	Celilia Cañas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
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 "/" (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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR