

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

		Mes			JULIO									
Nombre RUT				GALVE	Z LINARES CA	LINARES CAROLA								
RU'	Γ			Perío	do del Contrato	01/05 - :	05 - 30/11 2025							
ID	Nombre '	Taller H	lorario 1	Horario 2	Lugar de	e Ejecución	Asistentes							
T.1	NATACION AVA	ANZADO	SAB 13:00- 14:00	Mana			3							
T.2	NATACION AVA	N AVANZADO SAB 14		-			3							
T.3	NATACION BA	ASICO	SAB 15:30- 16:30				2							
T.4		And in the control of				***								
T.5														
ID		De	ecrinción	do Activid	ades (Ver ID de	I T-01X								
T.1	Repeticiones de	25, 50 y 100 me	spiracion del etros, estilo co	estilo crol, completo crol y										
T.2	Trabajo técnico d Trabajo de coord Repeticiones de	imación de la res	spiración del i	estilo crol cor	alda. (Fase aérea y n y sin implementos. espalda.	fase acuática)								
T.3	Trabajo técnico d Brazada crol y e Trabajo de coord	spalda con v sin	implementos	3										
T.4			and a second household		N.									
T.5				a Na Francisco										
Firma	prestador de la	os servicios		luta	Jelugia	ens								



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. GALVEZ LINARES CAROLA, RUT: 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 Sra./Sr. GALVEZ LINARES CAROLA.

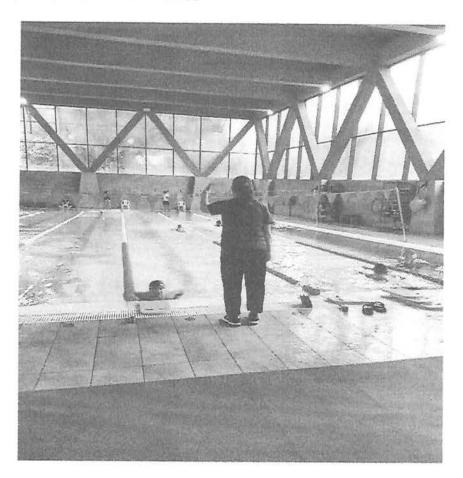
Nombre Directora Desarrollo Comu		Carolina C	Contreras Berrios
Firma y timbre Di Desarrollo Comu	rectora de nitario	9	DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO
Las Condes,	JULIO		2025
	mes	de	año



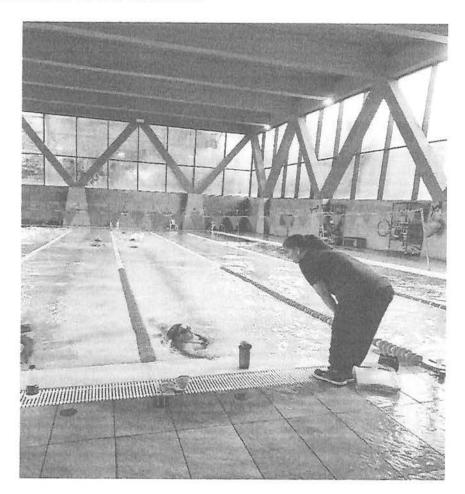
MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Natación Avanzada 13:00 a 14:00 horas



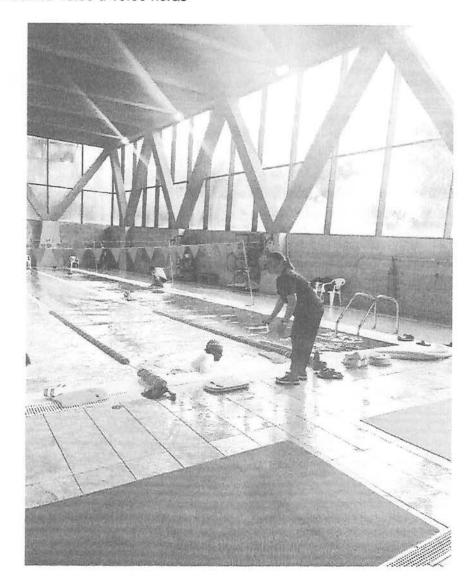
Natación Avanzada 14:15 a 15:15 horas







Natación Básica 15:30 a 16:30 horas



NOMBRE DEL TALLER NATAGIUN AVANZADO			PAUL I		R DE EJE 150 (SPA		A) .	7 [NAME OF TAXABLE PARTY.	DE INICK	2		reconstruction and an annual	PARTAMENTO SCAPACIDAD	INSCRIPCIÓN MINIMA	
NOMBRE DEL PROFESOR		7			RARIOS D			- - - - - -		DE TERMIN	10			PROGRAMA	J L	AND CONTRACTOR OF THE PROPERTY
••••••	CAROLA GÁLVEZ LINARES		L]												
N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES SESIONES F E C	-	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	ADULTO MAYOR	CERTIFICAD MEDICO
1	CANCINO ACEVEDO BENJAMIN IGNACIO	H	. 28-jun	. 05-jul	12-jul	19-jul									(*1/na)	
2	ESCAFFI ARRIARAN RAFAEL		1	1	1	11										
3	SALAS RIQUELME JAVIER		0	0	0	0	-		-	-						
4	VALDES AVILA AGUSTIN ALEXIS	1	J	J	1	1	-	-	-	-						
5	SILVA GUAJARDO VICENTE ANDRÉS		1	J	J	1		-	├─	-	-			****		
6	LEIVA NEIRA EUGENIO NICOLAS		0	0	0	0		-	<u> </u>	-						
7				Ť	- Ŭ			 		 				***************************************		
8								1		 						
0		-													-	
1		++					-	ļ								
2		+				***************************************										
3						***************************************				***************************************						
5										***************************************						
6																
7																
8							**************								***************************************	
0		-														
1		+-+														
2		\dagger		-	-											
3 4																
5																
6																
7			$\neg +$		_							_				
9																
+												\dashv	-+			-
																-
	ASISTENCIA POR SESIÓN	T	3	2	3	4	0 1	0 [0	0	0	0	0 1		**************************************	
	RVACIONES								<u> </u>	<u> </u>	0 1	U I	0	0		

.

	NOMBRE DEL TALLER			LÜGA	R DE EJE	CUCIÓN			FECHA	DE INICIO)		DE	PARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA	
TAC	ON AVANZADO		PAUL	IARRIS 1	150 (SPA	EL ALB	A)		22	-03			Di	SCAPACIDAD		
NOMBRE DEL PROFESOR			DI	AS Y HOR	ARIOS DE	EJECUC	IÓN		FECHA D	E TERMIN	10		-	PROGRAMA		
-	CAROLA GÁLVEZ LINARES			SAI	B 14:15-1	15:15		30	/11 20	25		POI	THE REAL PROPERTY.	res recreativos y de deeafrolus		
		MES														
		SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
40	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	E C H A	28-jun	05-jul	12-jul	19-jul	***************************************	O0444444444444444444444444444444444444							ADULTO MAYOR (61/100)	CERTIFICAD MEDICÓ
1	DE GROOTE PAEZ GONZALO	 ^ -	1	1	1	1	-	_			-	-				
2	GAETE AMENABAR JAVIER IGNACIO		J	J	J	1						-		***************************************		
3	HOLMES LANAS NATALIA JARA CORVALAN IGNACIO ANDRES		0	0	0	0										
5	QUINIMIL CIFUENTES ARIEL JESUS		0	0	1	J 1		ļ				-				
6	GUTIERREZ ROBLES PAULETTE ANDREE		0	1	ij	1		<u> </u>				-		***************************************		
7			***************************************													
9						ļ							- The second sec			
0	***************************************									***************************************		-				
11											\vdash	-				-
3																
14			***************************************													
15			***************************************													
6									***************************************	***************************************			***************************************			
8										***************************************						
9		-											-			***************************************
20			***************************************													***************************************
21																***************************************
3		-									***************************************					
4		++														
5																
6																
8		+-+														
9		+-+				-				***************************************			-			-
0										***************************************						
	ASISTENCIA POR SESIÓN		2	3	3	4	0	0	0	0	0		0.1			Lanconstantino
					<u> </u>			U J		v	0	0	0	0		
SE	RVACIONES							-				-				

IATAC	NOMBRE DEL TALLER ION BÁSICO	\neg	PAUL			ECUCIÓN] [******************************	DE INICI	0		D	EPARTAMENTO	INSCRI	INSCRIPCIÓN MINIMA		
-			I PUL	HARRIS	150 (5P)	A EL ALE	(A)	」 _		2-03		L		DISCAPACIDAD				
NOMBRE DEL PROFESOR			D	IAS Y HOP	VARIOS D	E EJECU	CIÓN	7 6	FECHA	DE TERMI	NO			PROGRAMA				
CAROLA GÁLVEZ LINARES			<u> </u>	SA	8 15:30	-16:30		3	0/11 2	TERMINE MATERIAL CONTRACTOR		100	MARKER TAN	EREM RECHEATIVES Y DE DESARROLLE	-			
-			***************************************	***************************************				and boss			3			ALTO SOLVED STORY OF DESTAUROUS				
		MES SESIONES	1	1 2	1 3		1 -				-		***************************************					
		F	 	+-	13	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	E						ĺ							ADULTO	CERTIFICATO		
		С	=	_	l _										MAYOR (si / no)	CERTIFICADO MEDICO		
		Н	28-jun	os-jul	12-jul	19-jul												
1	AYALA VICUÑA NICOLAS	A		- Samuel and the second	ngarrenrenrenrenre	NAME OF TAXABLE PARTY.												
2	CABRERA MUÑOZ HERNAN ENRIQUE		0	0	0	J	<u> </u>											
3	CASTRO ABASCAL IGNACIO		J	J	1	1		-	_									
4	CIFUENTES SILVA VICENTE ANTONIO		0	0	1	0.	-	-		<u> </u>								
5	MENDEZ FERNANDEZ CARLOS IGNACIO		0	0	1	J	<u> </u>	ļ								***************************************		
6	Benjamin Zamora		J	0	1 J	1		-										
7			<u> </u>	-	- v		 	+	-	<u> </u>								
3								 	-					***************************************				
0								<u> </u>						***************************************				
1		+-+																
2		+						-										
3									-									
5								 							_			
6										***************************************				AND CONTRACTOR OF THE PROPERTY	-			
7														z-ez-ez-ez-ez-ez-ez-ez-ez-ez-ez-ez-ez-ez				
8							***************************************											
9					-													
+							***************************************				_	-+						
2		\vdash																
3																***************************************		
;																		
+								***************************************				-+						
7		\vdash														-		
+						-												
_									-			_			-			
***********	ASISTENCIA DOD OFICIÓN								······································						J			
***************************************	ASISTENCIA POR SESIÓN		0	1	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
EF	RVACIONES	***************************************					***************************************								J			

•