

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	HIÑOJOSA ASECIO JOSE		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	APOYO ESCOLAR	MAR 17:00-18:30	---		8
T.2	APOYO ESCOLAR	LUN 18:30-20:00	---		5
T.3	APOYO ESCOLAR	SAB 11:00-12:30	---		6
T.4	APOYO ESCOLAR	JUE 17:00-18:30	---		7
T.5	APOYO ESCOLAR	MIE 19:15-20:45	---		7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	TALLER DE APOYO ESCOLAR, DIRIGIDO A NIÑOS ENTRE 5 y 8 AÑOS. OPERACIONES BÁSICAS - LECTURA: GRAFEMAS Y FONEMAS
T.2	TALLER DE APOYO ESCOLAR, DIRIGIDO A NIÑOS ENTRE 9 y 12 AÑOS MATEMÁTICA: OPERACIONES N° RACIONALES - GEOMETRÍA (FIGURAS 3D)
T.3	TALLER DIRIGIDO A JOVENES ENTRE 13 y 17 AÑOS MATEMÁTICA: N° COMPLEJOS - ESTADÍSTICA, GEOMETRÍA
T.4	TALLER DIRIGIDO A NIÑOS ENTRE 9 y 12 AÑOS NÚMEROS COMPLEJOS Y RACIONALES, OPERACIONES RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON PORCENTAJES
T.5	TALLER DIRIGIDO A JOVENES ENTRE 13 y 17 AÑOS MATEMÁTICA: ÁNGULOS EN LA CIRCUNFERENCIA - N° IMAGINARIOS

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. HINOJOSA ASENIO JOSE, 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 Sra./Sr. HINOJOSA ASECIO JOSE .

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

Las Condes, JULIO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

DE ASISTENCIA

F. TÉRMINO
30/11/2020

PROGRAMA	
TALLER	Revisión de la Defensoría 2025

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Artes Escuelas	LUGAR DE EJECUCION VILLA MANUEL RODRIGUEZ Bolivia 459
NOMBRE DEL PROFESOR Antes Hivón	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER VIERNES DE 18^h A 20^h

	N	FECHA	S E S I O N E S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				07/04/2025	14/04/2025	21/04/2025	28/04/2025	05/05/2025	12/05/2025	19/05/2025	26/05/2025	02/06/2025	09/06/2025	16/06/2025	23/06/2025	30/06/2025	07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025
1	M.H.A. MUÑOZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Sofia Pina		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Florencia Ortiz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Elisa Gato		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	EMILIA LOPEZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	ADRIAN MANUEL		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

F. INICIO
01/04/2028

DEPARTAMENTO
GESTION DE TALLER

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA	
TALLER RECAEN Y DE DEYIMMOL 2075	

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Apoys Fitness	LUGAR DE EJECUCION V.lla Manuel Dominguez
NOMBRE DEL PROFESOR Antonio Hironaka	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Sábados de 17:00 a 18:30 hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA																			
1 MAXIMILIANO VAMUNDO			05/04/2025	P																		
2 JOSEFA A			07/04/2025	P																		
3 EDUARDO VALDEZ PAV			13/04/2025	P																		
4 MARIA CATALAN GUERRA			26/04/2025	P																		
5 GASTON RUA			03/05/2025	P																		
6 Leticia Wkaly			10/05/2025	P																		
7 VICENTE BRIONES			17/05/2025	P																		
8 IAN LOPEZ			24/05/2025	P																		
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	3	1	6	1	5	6	6	5	1	1	1	6	5								
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

F. INICIO
01/04/2228

F. TERMINO
30/11/2008

DEPARTAMENTO
GESTION DE TRAFICO

PROGRAMA
TALL RECURSOS Y DE DEMANDA 2025

INSCRIPCION MINIMA :

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

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/2020

DEPARTAMENTO
GESTION DE TALENTO

INSCRIPCION MINIMA :
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
24/11/2021

PROGRAMA
TALLER RECOR y DE DINA 2021

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021	01-09-2021		
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Ayuda Escala	LUGAR DE EJECUCIÓN PAUL HAMIL 1558
NOMBRE DEL PROFESOR ANTONIO HINSON	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER MIÉRCOLES DE 19:00 A 20:00 (m)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E M E S T R E	Nº	F E C H A																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 MAXIMILIANO VONANTO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 DIANA VALVERDE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 WENDIE BRUNER			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 ALAN MAZARUECO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 MARTIN CUELLIGUEN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 JUANITO PING			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 DIEGO NUÑEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 BASTIAN SILVA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 SOFIA AGUIAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 IAN LÓPEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 ALVARO VARGAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA
TALLER DE RESEÑA Y DE PLAN 2025

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR