



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	LAYANA PONCE FELIPE		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BABY FUTBOL	LUN 17:00-19:00	---		10
T.2	BABY FUTBOL	LUN 19:10-21:10	---		13
T.3	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MIE 10:30-11:30	VIE 10:30-11:30		8
T.4	BABY FUTBOL	MAR 18:15-19:15	JUE 18:15-19:15		5
T.5	BABY FUTBOL	MAR 17:00-18:00	JUE 17:00-18:00		6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Juego de persecución Conducción ambos perfiles Juego de duelo Partido
T.2	Enlace de pases Ejercicio estático de controles básicos Juego táctico menor (gol vale realizando pase entre lentejas) Partido
T.3	Ejercicios tren superior (brazos, lumbo pélvico) Ejercicio banda elástica tren inferior Vuelta a la calma, elongación
T.4	Ejercicios en pareja con un balón, pase de seguridad (borde interno) Conociendo superficie de contactos (empeine, muslo, cabeza y pecho) Partido
T.5	Juego oculomanual Ejercicio secuencia técnica (empeine, muslo, cabeza) Juego aéreo (gol vale solo de cabeza)

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	LAYANA PONCE FELIPE		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ACONDICIONAMIENTO FÍSICO	MIE 18 00-19 00	SAB 10 30-11 30	██████████	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Fortalecimiento brazo, abdomen, tren superior Fortalecimiento pierna, glúteo, tren inferior Ejercicio aeróbico, coordinación con escalera

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. LAYANA PONCE FELIPE, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes OCTUBRE 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 OCTUBRE 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. LAYANA PONCE FELIPE.

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

Las Condes,

OCTUBRE

mes

de

2025

año