

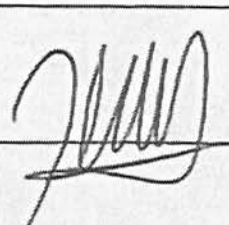
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CAMUS RAMOS DENNISSE		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA TERAPEUTICO BASICO	LUN 10:30-11:30	MIE 10:30-11:30	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	7
T.2	YOGA TERAPEUTICO BASICO	LUN 17:00-19:00	---	PUQUIOS 9187	6
T.3	-	-	-	-	
T.4	-	-	-	-	
T.5	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizan ejercicios de respiración y equilibrio. Se suspenden los clases de los días: 6-11-13-18-20 la Fecha de recuperación se programara y avisara según disponibilidad.
T.2	Se trabaja con suplementos para mejorar postura Equilibrio y fuerza. Se suspenden los clases de los días: 11 y 18. la recuperación se programara y avisara según disponibilidad de alumnos.
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. CAMUS RAMOS DENNISSE, 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 Sra./Sr. CAMUS RAMOS DENNISSE .

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

NOMBRE DEL PROFESOR

LUGAR DE EJECUCIÓN

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	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
				02 JUN 07	09 JUN 07	16 JUN 07	23 JUN 07	30 JUN 07	07 JUL 07	14 JUL 07	21 JUL 07	28 JUL 07	04 AGO 07										
1	ALICIA AYAYA MILLAN			/	P	P	P	P	P	J	P	P	J										
2	ROGER OSEDA MUÑOZ			/	P	P	P	P	P	J	P	P	P										
3	MARIA GONZALEZ Tapia			/	P	J	P	J	P	J	P	P	P										
4	ELBA IBARRA PALMA				P	P	P	J	P	P	P	P	P										
5	ISABEL BRAVO RIVERA			/	P	J	P	P	J	P	P	P	P										
6	CAROLINA JASQUEZ MOQUE				P	J	P	P	J	P	J	P	P	P									
7	VANESSA LOPEZ OSSES			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	RETIRADA			
8	PATRICIA LARREA				P	P	J	J	J	J	P	P	J										
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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 TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.

DE CARÁCTER OBLIGATORIO.









