

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

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

Nombre	CORNEJO FLORES CRISTIAN		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GIMNASIA ADULTO MAYOR	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	LA RABIDA 5300	9
T.2	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 12:00-13:00	JUE 12:00-13:00	LA RABIDA 5300	8
T.3	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 10:30-11:30	JUE 10:30-11:30	LA RABIDA 5300	7
T.4	GIMNASIA ADULTO MAYOR	LUN 16:00-17:00	MIE 16:00-17:00	LA RABIDA 5300	6
T.5	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Entrenamiento de fuerza con pesas rusas, fuerza de brazos con elasticos y trabajos de zona media en silla. Finalizamos con propiocepción y elongación.
T.2	Entrenamiento de fuerza con pesas rusas, fuerza de brazos con mancuernas y abdominales en colchoneta. Finalizamos con equilibrio y propiocepción.
T.3	Fuerza de piernas con elastico, trabajos de brazo con pesas rusas y zona media con silla. Finalizamos con equilibrio y elongaciones.
T.4	Fuerza de piernas con peso corporal, trabajos de fuerza de brazos con mancuerna y ejercicios aerobicos con vallas y conos en circuito.
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. CORNEJO FLORES CRISTIAN, 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. CORNEJO FLORES CRISTIAN .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Gimnasio Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCION
La Rabida 5300

NOMBRE DEL PROFESOR
Cristian Conzaso

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes y miercoles 9:00 a 10:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			4 8 25	6 8 25	11 8 25	13 8 25	14 8 25	20 8 25														
1 Margarita Arzola			P	P	P	J	P	P														
2 Adella Bergessio			P	P	P	P	P	P														
3 Rosa Ester Castro			P	P	P	P	P	P														
4 Patricia Del Canto			J	J	J	J	J	J														
Isabel Garcia-Muñoz			J	J	J	P	P	P														
6 Macdalena Laba			J	P	P	P	P	J														
7 Antonio Navarero			P	J	P	P	P	P														
8 Silvia Peña			P	P	P	P	P	P														
9 Jazmin Salas			J	J	J	P	P	P														
10 Aida			J	P	P	P	P	P														
11 Cecilia Revaco			P	J	J	P	P	P														
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Gimnasia Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCION
La Rabida 5300

NOMBRE DEL PROFESOR
Cristina Coeneto

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
martes y Jueves 12:00 a 13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			5/8/25	7/8/25	12/8/25	14/8/25	19/8/25	21/8/25														
1 Patricia Otero			P	J	P	J	P	J														
2 Daisy Hoffman			P	J	P	J	P	J														
3 Beatriz Vera			J	P	P	P	P	J														
4 Leticia Alarcibia			P	P	P	P	P	P														
5 Veronica Dobud			P	P	P	J	P	J														
6 Soledad Martinez			P	P	P	P	P	P														
7 Angela Bau			J	J	J	P	P	P														
8 Lila			P	P	P	P	J	J														
9 MARIA			P	P	P	P	P	P														
10 Ximena Balbortin			P	J	J	J	P	J														
11 Margarita Llanblas			P	P	P	J	P	J														
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Gimnasia Adulto mayor

LUGAR DE EJECUCION
La Rabida 5300

NOMBRE DEL PROFESOR
Cristian Cornejo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
martes y Jueves 10:30 a 11:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			5/8/25	7/8/25	12/8/25	14/8/25	19/8/25	21/8/25														
1 Asunta D. Rubba			P	P	P	J	P	P														
2 Isabel Palma			P	P	J	P	P	P														
3 Norma Tamora			J	J	J	P	P	P														
4 Anita Zurbuculen			J	P	J	J	J	J														
5 Gladys Gonzalez			P	P	P	J	J	P														
6 Gilda Bardeesi			P	J	J	J	P	J														
7 Luci Gorodinsky			P	P	P	J	P	J														
8 Emilia Molina			P	J	P	P	P	P														
9 Joseff			J	J	P	P	P	P														
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Gimnasia Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCION
La Rabida 5300

NOMBRE DEL PROFESOR
Cristian Cornejo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes y miercoles 16:00 a 17:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			4/8/23	6/8/23	11/8/23	13/8/23	18/8/23	20/8/23														
1 Gabriela Arenas			P	P	P	P	P	P														
2 Patricia Baraza			P	P	P	J	J	J														
3 Silvia Gomez			P	P	P	P	P	P														
4 Beatriz Gualda			P	P	J	P	P	J														
5 Liliava Mondaca			P	J	J	J	J	J														
6 Norma Romero			P	P	P	J	P	P														
7 Nancy Ruiz			J	P	J	J	J	P														
8 Maria Olga Traub			P	P	P	P	P	P														
9 Susana Vargas			J	J	J	J	J	J														
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
ESTÉ DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.