

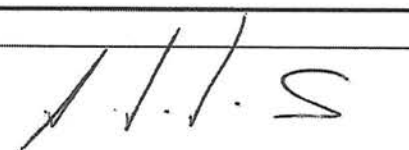
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	FLORES GRAMUNT ANA MARIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	DESARROLLO PERSONAL	LUN 10:00-12:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T. 2	---	---	---	---	
T. 3	---	---	---	---	
T. 4	---	---	---	---	
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Identificar momentos de la vida cotidiana donde se pueda lograr el autocontrol emocional. Comentarlos en el grupo para retroalimentarnos.
T.2	
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. FLORES GRAMUNT ANA MARIA, 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. FLORES GRAMUNT ANA MARIA .

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
La Ruta de la Felicidad

LUGAR DE EJECUCION
Bilbao Alto C 14 Eloisa Diaz 26471

NOMBRE DEL PROFESOR
Ana Mariã Flores

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 10⁰⁰ a 12⁰⁰ hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N º	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	Yanet Opazo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Nora Oviedo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Carla Garuiz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Adriana Michelsoy			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Cristina Castro			-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Vicky Ojeda			-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Jacqueline Mora			-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Leyla Abraham			-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Ruby Aldana			-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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 4 6 6 7 8 6 7 8 6 7 8 8 8 5 8 4 8 7 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
* — NO ESTABA INSCRITA AUN

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.

* R = Se retira

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
TALLERES

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

PROGRAMA
Recreativos y Desarrollo

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR