

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

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

Nombre	GONZALEZ VALDIVIA LUCY		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

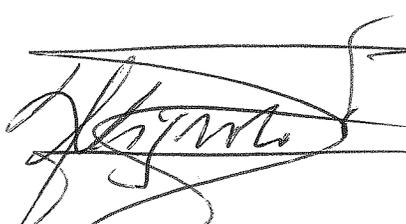
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GIMNASIA MANTENCION	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	TOLTEN 8115	13
T.2	GIMNASIA MANTENCION	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15	TOLTEN 8115	11
T.3	GIMNASIA MUSCULACION	MAR 19:00-20:00	JUE 19:00-20:00	TOLTEN 8115	5
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabajó ritmo, coordinación y equilibrio a través de baile. Además de fuerza y resistencia en ejercicios en colchonetas y con otros materiales como mancuernas, elásticos y a manos libres.
T.2	Se trabajó ritmo, coordinación y equilibrio a través de baile. Además de fuerza y resistencia en ejercicios en colchonetas y con otros materiales como mancuernas, elásticos y a manos libres.
T.3	Se trabajó resistencia cardiovascular tanto en máquinas trotadoras, bicicletas, elíptica y a manos libres. Fuerza, flexibilidad, coordinación y equilibrio con materiales como mancuernas, elásticos, maquinas multifuncional y a manos libres.
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	<i>Lucy González</i>
----------------------------------	----------------------

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. GONZALEZ VALDIVIA LUCY, 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. GONZALEZ VALDIVIA LUCY .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER <i>Gran Natación 41</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>J.V.P. Los Baños Talle #81/5</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Luz García, Altamirano</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Lunes y Miércoles 9⁰⁰ - 10⁰⁰</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)	SEÑAL DE PRESENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Carmen Barrios	P	/	/	/	/	/	/														
2. Ana Benítez	P	P	P	P	P	P	P														
3. Elena Caballero	P	P	P	P	P	P	P														
4. Georgina Castro	P	P	P	P	P	P	P														
5. Guinevere Giraldo	P	P	P	P	P	P	P														
6. D ^o Cristina García	P	P	P	P	P	P	P														
7. Paola González	P	P	P	P	P	P	P														
8. Olimpio Hama	P	P	P	P	P	P	P														
9. D ^o Verónica Paz	P	P	P	P	P	P	P														
10. Alicia Bertoni	P	P	P	P	P	P	P														
11. Antonieta Romero	P	P	P	P	P	P	P														
12. Irabel Palacios	P	P	P	P	P	P	P														
13. Susana Pereira	P	P	P	P	P	P	P														
14. Cecilia Pazo	P	P	P	P	P	P	P														
15. D ^o Luz Schasador	P	P	P	P	P	P	P														
16. Eva Juarez	P	P	P	P	P	P	P														
17. Alfredo Trujillo	P	P	P	P	P	P	P														
18. D ^o Cristina Vargas	P	P	P	P	P	P	P														
19. Udo Von Plate	P	P	P	P	P	P	P														
20. D ^o Irabel Wilson	P	P	P	P	P	P	P														
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION	12	14	9	14	12	12
-----------------------------	----	----	---	----	----	----

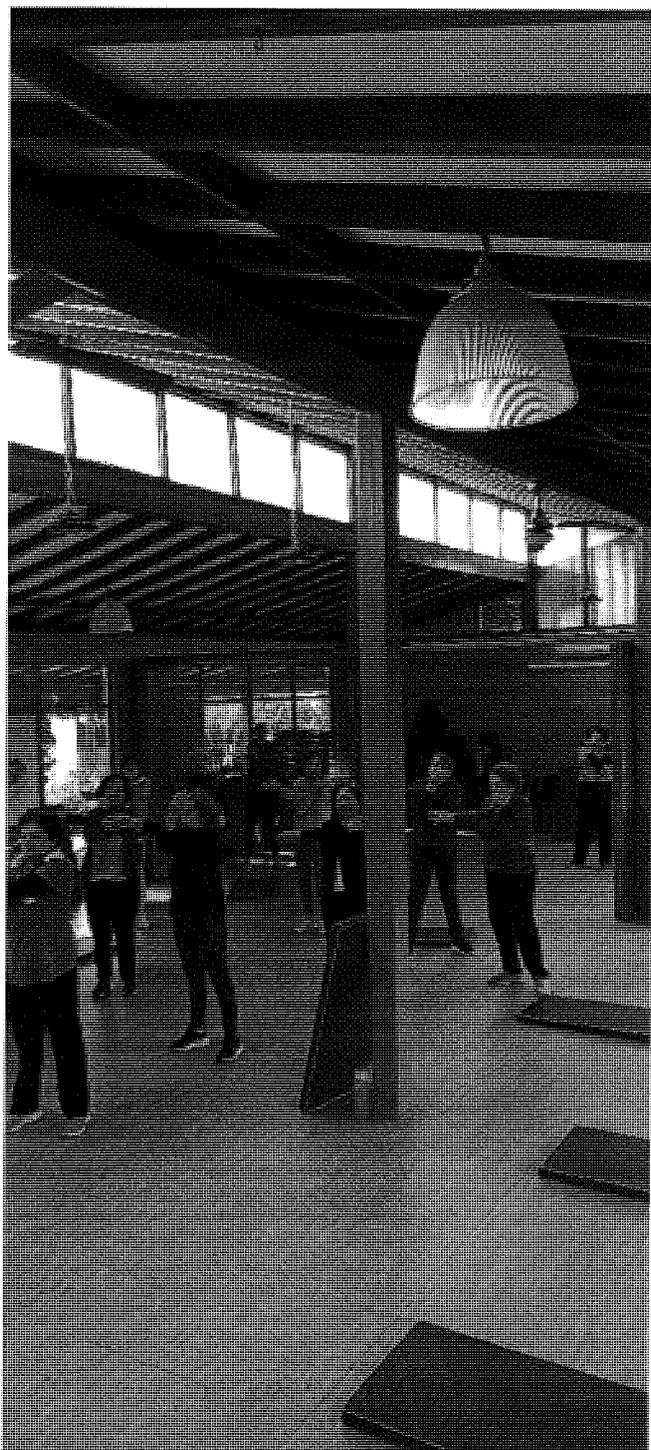
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "1" (BLANCO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, KATAIGON, ARTES MARCIALES Y AERÓBIC. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

GIM MANTENCION 41



PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER <i>Gram. Nautica con 46</i>	LUZAR DE EJECUCION <i>347 Las Condes Telen # 8/15</i>
--	--

NOMBRE DEL PROFESOR <i>Luz Gonzalez Saldaña</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Lunes y miercoles 10⁰⁰ - 11⁰⁰ hrs</i>
--	--

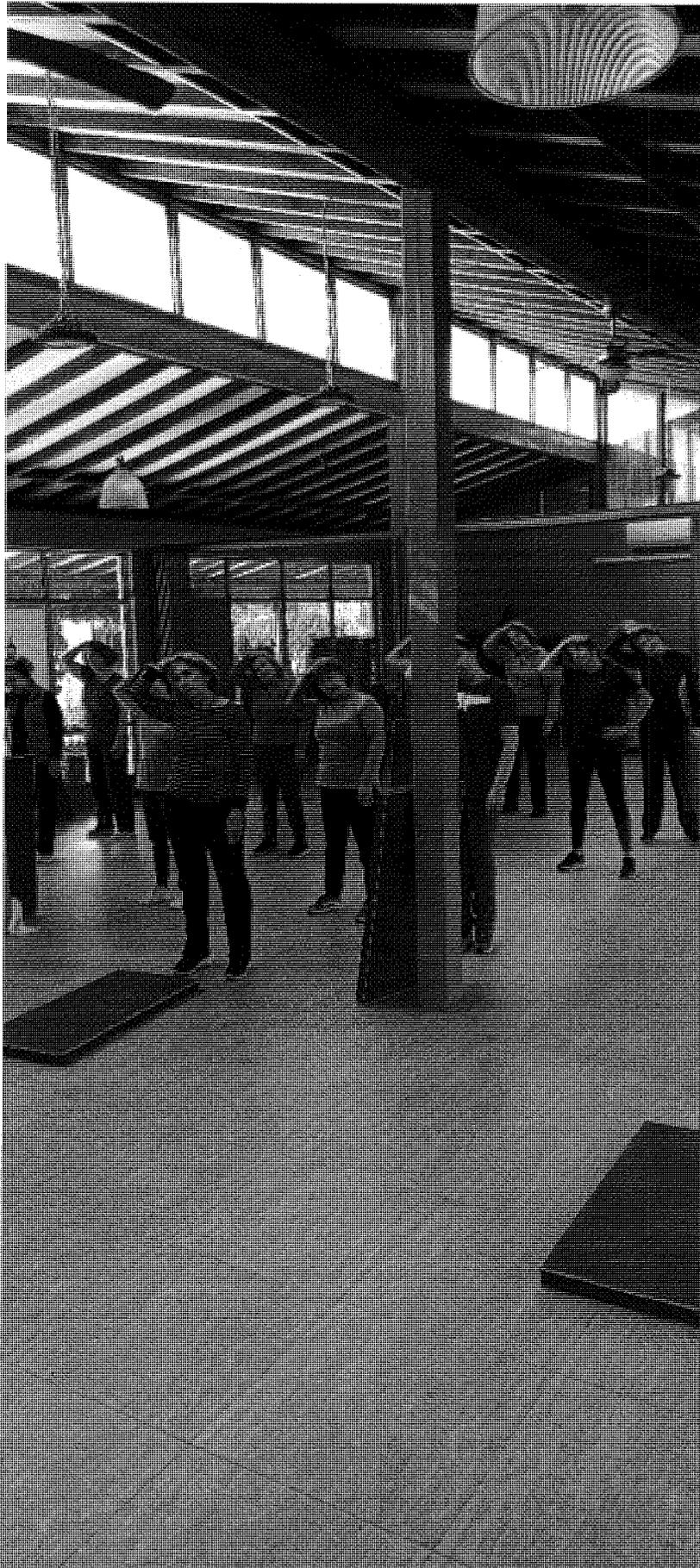
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	Nº	SESIONES																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1) Carolina Avila	1	P	P	P	P	P	J																			
2) Ana M° Alvarez	2	P	P	P	P	J	J																			
3) Juanita Gortola	3	P	J	J	J	J																				
4) Gonzalo Espinoza	4	J	J	P	P	P	P																			
5) Jimena Fernandez	5	P	P	P	P	P	P																			
6) Margarita Gajardo	6	J	P	J	J	J	P																			
7) Bernabé Galvez	7	P	P	P	J	J	J																			
8) M° Jesus Gajon	8	P	P	P	P	P	P																			
9) Sandra Gajon	9	P	P	P	P	P	J																			
10) Ana M° Juado	10	P	P	P	J	J	J																			
11) Pamela Peralta	11	P	P	P	P	P	J																			
12) Gloria Pizarro	12	J	J	J	J	J	J																			
13) Andrea Rios	13	J	J	P	P	P	J																			
14) Jeanet Sanchez	14	J	P	P	P	P	J																			
15) Olga Sepulveda	15	P	J	J	J	J	J																			
16) Yori S. ppa	16	J	J	J	J	J	J																			
17) Claudio Yajigi	17	J	P	P	P	P	P																			
18) Ines Jauregui	18	P	P	P	P	P	P																			
19) Nadia Piles	19	P	J	P	P	J	P																			
20)																										
21)																										
22)																										
23)																										
24)																										
25)																										

Nº DE ASISTENTES POR SESION	13/14/12/14/7
-----------------------------	---------------

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "J" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

GIM MANTENCION 42



GIM. DE MUSCULACION 44

