



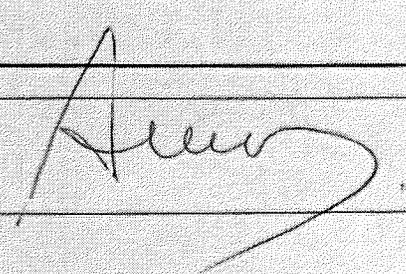
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	HERNANDEZ FIGUEROA ANGELA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

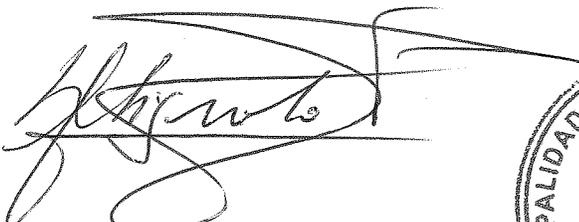
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BIODANZA	MIE 16:00-18:00	---	COLICHEO 1985	05
T.2	--	--	--	--	
T.3	--	--	--	--	
T.4	--	--	--	--	
T.5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Vivencias, posiciones y danzas que transportan hacia el interior, el corazón late en sincronía con el cuerpo, fluye como el agua, permitiendo que la música guíe sus pasos. Dando y recibiendo continente, fortaleciendo la capacidad de cuidar. La Danza se convierte en una meditación en movimiento.
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. HERNANDEZ FIGUEROA ANGELA, 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. HERNANDEZ FIGUEROA ANGELA .

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
Biodanza

LUGAR DE EJECUCIÓN
Colicheo 1985

NOMBRE DEL PROFESOR
Aurelia Hernández F.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miércoles de 16 a 18 hrs.

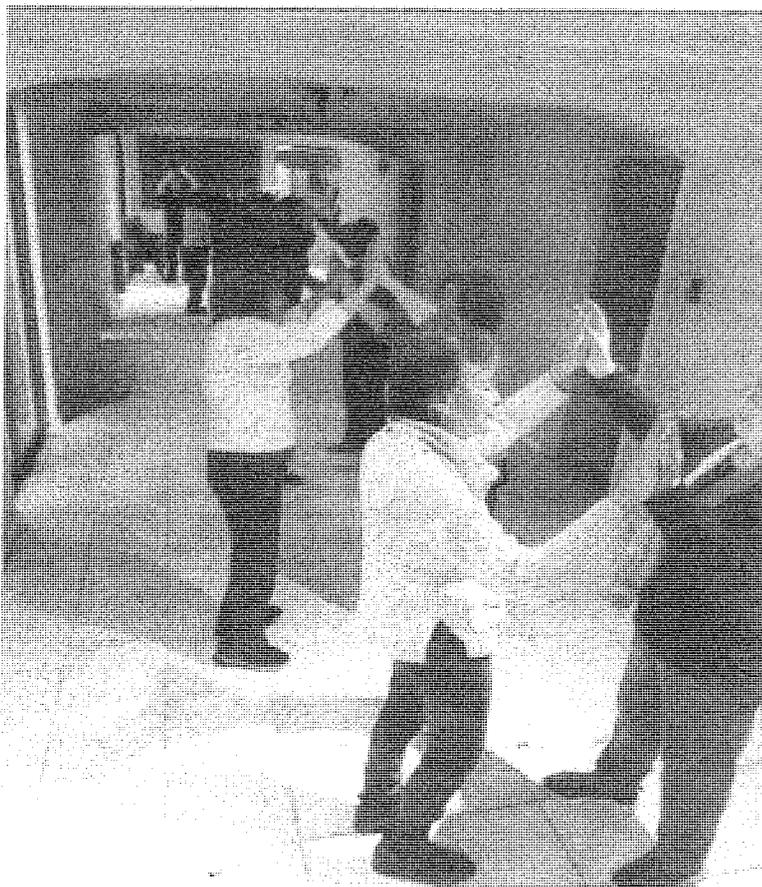
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N°	FECHA																			
		02/04/25	03/04/25	04/04/25	05/04/25	06/04/25	07/04/25	08/04/25	09/04/25	10/04/25	11/04/25	12/04/25	13/04/25	14/04/25	15/04/25	16/04/25	17/04/25	18/04/25	19/04/25	20/04/25	
1. Morales Carrasco Catalina	P																				
2. Cortona Daza, Rosa	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	
3. De la Cerda V., Ma. Ines	P	J	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	
4. Fuentealba Villa, Ma. Angélica	J	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	
5. Castro Schulze, Hilda	P	P	J	J	J	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	
6. Olmedo Calvo, Ma. Angélica	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	
7. Olmedo Calvo, Beata	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	
8. Ahumada Hernández, Norma	P	P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	
9. Inda Salazar, Carmen	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	
10. Villarmel, Raquel	P	P	J	P	P	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
11. Miranda, Sonia													P	J	J	P	J	P			
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	9	6	5	5	6	6	7	6	6	5	7	4	5	5	6	5	5	5		
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:



BIODANZA, MIERCOLES DE 16 A 18 HRS.