

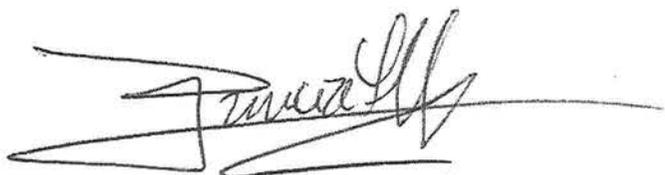
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	HIDALGO MICHEA PATRICIA FERNANDA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MIE 11:15-13:15	---	GLAMIS 3404	6
T. 2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 16:00-18:00	---	LAS VERBENAS 9191	6
T. 3	--	---	---	---	
T. 4	--	---	---	---	
T. 5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	La función ejecutiva como parte fundamental de la vida diaria. La importancia de la planificación como ayuda para la memoria, logrando evitar olvidos. Ejercicios de agilidad cerebral y estrategia
T.2	La función ejecutiva como parte fundamental de la vida diaria. En este grupo se aborda de manera conversacional la importancia de anticiparse y organizarse para mejores resultados. Como hay presencia masculina, se pueden contrastar las diferencias de género con mucho humor. Ejercicios de situaciones ficticias, con éxito.
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. HIDALGO MICHEA PATRICIA FERNANDA, 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. HIDALGO MICHEA PATRICIA FERNANDA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes de año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
ESTIMULACION COGNITIVA

LUGAR DE EJECUCIÓN
Glemis

NOMBRE DEL PROFESOR
PATRICIA HIDALGO MUJICA

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 11h - 13h

Nº	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	Nº	FECHA																			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	ELVIRA MORALES D.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	ILIAN VIAL L.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	ISABEL EUGENA M.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	ADRIANA MARDONEZ W.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	DANIELA CUELEN F.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	CAROLINA VINDUAGA P.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7	AUCIA OLIVA V.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8	MEJANIRA ALCANTO R.			J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
9	PAULINA FERNANDEZ H.			S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
10	GLORIA RONZON			S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 7 | 9 | 7 | 7 | 6 | 7 | 5 | 7 | 7 | 6 | 7 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3

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 LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Estimulación Cognitiva

LUGAR DE EJECUCIÓN
SEDE AUCO : Las Velazquez 9191.

NOMBRE DEL PROFESOR
Patricia Hidalgo M.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
martes 16:00

N°	SESIONES	FECHA	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		01/04/2025	P	P	P	P	S	S	S	S	P	P	S	P	P	S	S	S	S	S	S	S
2		08/04/2025	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3		15/04/2025	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	X	P	P	P	P	P	P	P	P
4		22/04/2025	S	S	S	S	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5		29/04/2025	P	P	P	S	P	S	J	S	S	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	S
6		06/05/2025	P	P	P	P	P	J	J	J	S	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P
7		13/05/2025	P	P	P	P	S	P	P	J	S	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S
8		20/05/2025	P	P	P	J	S	P	P	J	J	S	P	P	P	S	P	J	J	P	P	P
9		27/05/2025																				
10		03/06/2025																				
11		10/06/2025																				
12		17/06/2025																				
13		24/06/2025																				
14		01/07/2025																				
15		08/07/2025																				
16		15/07/2025																				
17		22/07/2025																				
18		29/07/2025																				
19		05/08/2025																				
20		12/08/2025																				
21		19/08/2025																				
22		26/08/2025																				
23		02/09/2025																				
24		09/09/2025																				
25		16/09/2025																				

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN *6 6 6 4 3 3 4 / 3 5 6 / 6 6 8 5 4 7 7 5*

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 LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

