

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

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

Nombre	IBAÑEZ WALKER MARIA CAROLINA		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	PILATES	MIE 18:45-19:45	VIE 17:00-18:00	LA CAPITANIA 255	4
T. 2	PILATES	LUN 10:30-11:30	MIE 17:15-18:15	MONROE 8484	6
T. 3	---	---	---	---	
T. 4	---	---	---	---	
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Movilidad articular, trabajo con balón grande, pequeño y banda elástica para tonificar con la fuerza que se ejerce con materiales. Al finalizar clases, 3 minutos de masaje en la espalda con una pelota pequeña para relajación y vuelta a la calma.
T.2	Movilidad articular, trabajo con balón grande y banda elástica para tonificar con la fuerza que se ejerce con materiales. Corrección de fundamentos propios de Pilates Al finalizar clases, 3 minutos de masaje en la espalda con una pelota pequeña para relajación y vuelta a la calma.
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios

C. Ruiz W.

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. IBAÑEZ WALKER MARIA CAROLINA, 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. IBAÑEZ WALKER MARIA CAROLINA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
PILATES	LA CAPITANIA .
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
CAROLINA IBÁÑEZ	Miercoles 18:45 Viernes 17:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N 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
				1/08	6/08	8/08	13/08	15/08	20/08	22/08	27/08	29/08.											
1	Karin Jimenez			P	P	P	P	P	J	J													
2	Hortencia Soto			P	P	J	J	P	P	J													
3	IVONNE PAYCHO			P	P	P	P	P	J	J													
4	Jorge Sepulveda			P	P	P	J	J	P	P													
5	Alyandra			P	P	P	P	P	P	J													
6																							
7																							
8																							
9																							
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 "/" (SLACH) 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

PILATES

LUGAR DE EJECUCIÓN

JUNTA DE Vecino Horizonte de Apocuin

NOMBRE DEL PROFESOR

CAROLINA IBÁÑEZ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

LUNES y MIERCOLES / L: 10:15 / M: 17:15

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº
FECHA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4 Agosto	6/08	11/08	13/08	18/08	20/08	25/08	27/08												

1	Verónica Figueroa	P	P	P	P	P	P											P	
2	Mónica Silva	J	P	J	P	P	P											P	
3	Georgina Galleguillos	P	P	P	P	P	P											P	
4	Paulina Barria	J	J	J	P	P	P											P	
5	IRMA PINO	P	J	P	P	P	P											P	
6	Ljubitsa Aguilar	J	J	P	P	J	P											J	
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

1º DE ASISTENTES POR SESIÓN

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

E 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.