

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LATHROP QUINTANA PAULINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

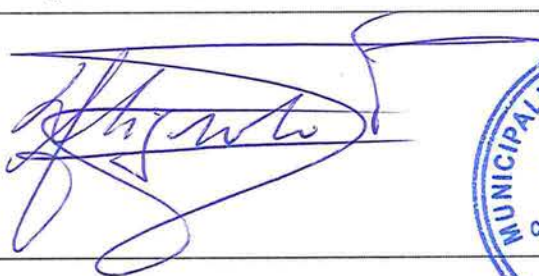
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	YOGA BASICO	LUN 10:00-11:00	MIE 10:00-11:00		5
T. 2	---	---	---	---	
T. 3	---	---	---	---	
T. 4	---	---	---	---	
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las participantes han realizado ejercicios de movilidad, equilibrio y fuerza, adaptados en silla para una óptima ejecución, aprendimos el saludo al sol b en la silla y nuevas posturas en el suelo. Para finalizar la clase hemos realizado nuevos pranyamas (respiraciones) y mantras.
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. LATHROP QUINTANA PAULINA, 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. LATHROP QUINTANA PAULINA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

2025

de

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER XO GA	LUGAR DE EJECUCION
-----------------------------------	--------------------

NOMBRE DEL PROFESOR PAULINA LATROP	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER LUNES Y VIERNES 10:00 - 11:00
--	--

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA	23/07	28/07	30/07	04/08	06/08	11/08	13/08	18/08	20/08	25/08	27/08									
1	LUCILE COHN VALENZUELA			✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓											
2	MARIA INES GARCIA DE FERARI			✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓											
3	PATRICIA GARRETON ESPINOSA			✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X											
4	MILITSA SAAVEDRA NENANOVICH			X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓											
5	MARIA INABEL SAEZ SILVA			✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	✓											
6	MIRIAM SWEISS SPITZER			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓											
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



Yoga básico