

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MONSALVE GUAJARDO ISAIAS		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

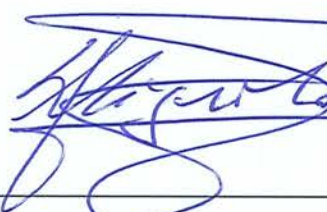
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ACONDICIONAMIENTO FISICO	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00		7
T.2	ACONDICIONAMIENTO FISICO	MAR 13:30-14:30	JUE 13:30-14:30		5
T.3	GIMNASIA MUSCULACION	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00		6
T.4	GIMNASIA MUSCULACION	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15		4
T.5	GIMNASIA MUSCULACION	MAR 10:30-11:30	JUE 10:30-11:30		5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Calentamiento, Baile Entretenido. Fuerza de piernas y abdominales. Elongación y vuelta a la calma.
T.2	Calentamiento, coordinación y equilibrio. Fuerza brazos y abdominales. Elongación, trabajo de relajación.
T.3	Calentamiento, bicicleta o caminadora. Fuerza de Brazos y piernas. Equilibrio y flexibilidad.
T.4	Calentamiento, baile entretenido con implemento (balón o mancuernas) Equilibrio, relajación y vuelta a la calma.
T.5	Calentamiento, juegos de colaboración con Balón. Fuerza brazos y piernas. Flexibilidad y equilibrio.

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. MONSALVE GUAJARDO ISAIAS, 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. MONSALVE GUAJARDO ISAIAS .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

[illegible]

T2:

[illegible]

T3:

PLANILLA C

NOMBRE DEL TALLER

Gimnasia y Musculación

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

Andrés Monsalve

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Lunes y Miércoles 9:00

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº

FECHA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

24-08-25
26-08-25
11-08-25
13-08-25
18-08-25
20-08-25
25-08-25
27-08-25

1 Milpa LEFANC
2 Cecilia MORENO
3 Luis NIÑO
4 Lorenzo OJAZO
5 María ORTIZ
6 Marta ROMERA
7 Nidia TONO
8 LAURA VEGA
9 Daisy GABORNE.

P P P P J D
D J J J J J
P P P J J P
P P P P P P
P P P P J J
P P P P P P
J J J P P P
J J J J J J

[illegible]

T5:

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

ID TALLER:

MEDIO DE VERIFICACIÓN:

T1:



T2:



T3:



T4:



T5:

