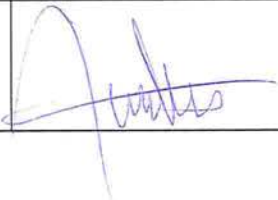


INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes		AGOSTO			
Nombre	OCHSENIUS OLIVOS ANTONIA				
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 16:30-17:30	MIE 16:30-17:30		6
T.2	YOGA BASICO	MAR 09:00-10:00	VIE 09:00-10:00		6
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajamos meditación guiada, ejercicios de pranayama (control de la respiración), con 4 movimientos; inhalación, retención, exhalación y suspensión. Asanas (posturas) con identificación de los 3 principales centros del cuerpo: pelvis, torso, cabeza.
T.2	Profundizamos yoga en silla, elongaciones y ejercicios de fuerza para el C.O.R.D. ejercicios de respiración y meditación guiada para liberar tensión, manejo de estrés. Yoga Nidra (Relajación consciente).
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. OCHSENIUS OLIVOS ANTONIA, 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. OCHSENIUS OLIVOS ANTONIA .

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 YOGA BASICO		LUGAR DE EJECUCION JUNTA DE VECINOS C4 Fco. BUDAO	
NOMBRE DEL PROFESOR ANTONIA		DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER WNEFY MIENCOLES 4:30	

N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	MERCEDES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
2	PAULA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
3	CARLOS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
4	VERO RIQUELME	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
5	VERO DOMINGUEZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
6	GLORIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
7	MANGOT	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
8	BEATRIZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
9	FERNANDA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

DE ASISTENTES POR SESION

6 6 6 6 7 6 7 6 6 7 6

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO

18-25-20

FECHA TÉRMINO

30-11-2022

30-11-2022

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :

(Con menor del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

7	5	5	5	5	6	5	5	5	4	5	5	5	5	5	7	7	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCIÓN
J.V. LA CASTILLA

NOMBRE DEL PROFESOR
ANTONIA OLSENIVS

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MARTES Y VIERNES 9:00 A.M.-10:00 A.M.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA																			
1 RIGOBERTO COLOMA			18-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 SOLEDAD OLIVOS			18-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 NANCY RUBIO			18-3-25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4 GABRIELA ZUNIGA			18-3-25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5 HUMBERTO URBINA			18-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 JAVIERA DASI			18-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ISABEL			18-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 ELIZABETH HUNCH			18-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 CLAUDIA SILVA			18-3-25																			
10 LEONOR			18-3-25																			
11 DINA			18-3-25																			
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	5	5	5	7	7	7	7	7	8	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO	FECHA FIN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS

18-3-25

FECHA TÉRMINO	
---------------	--

30-11-2024

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

7	5	5	5	6	5	5	5	4	5	5	5	5	5	7	7	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FIRMA PROFESOR



