

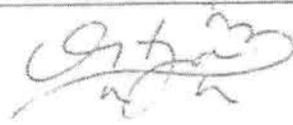
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

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

Nombre	ORTEGA BARO ALICIA		
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	JUE 11:45-13:45	--	[REDACTED]	5
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 11:00-13:00	--	[REDACTED]	8
T.3	--	--	--	--	
T.4	--	--	--	--	
T.5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Soltura articular y movimiento con base a ejercicios de equilibrio, marcha y consciencia corporal. Actividad central, ejercicio de atención focal y matemáticos, ejercitando diferentes estrategias de resolución. Trabajo individual y grupal.
T.2	Soltura articular y movimiento con base a ejercicios de equilibrio, marcha y consciencia corporal. Actividad central, ejercicio de atención sostenida, lectura y comprensión de cuentos de invierno chilenos y creación de escenarios y personajes. Utilización de técnicas basadas en arte, pintura, dibujo. Actividad individual, en duplas y grupal.
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestadora 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. ORTEGA BARO ALICIA, 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. ORTEGA BARO ALICIA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Foto lunes, trabajo con cuentos y creación de pinturas



Foto jueves

Imagen de los integrantes del grupo, posterior a la actividad física y previa a la actividad cognitiva.



**Plantilla control asistencia día lunes**

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCION		F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MENSA																	
Educativa (Español)		C. de Educación				(Con nombre del estable de origen (prestar atención al día del taller))																	
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER		F. TERMINO	PROGRAMA																		
Patricia Ortega		Lunes 11:00 a 13:00																					
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Impresita)	SEXO	DÍAS																				ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1. Cecilia Melamed	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2. Ana Paro	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3. Exequiel Pérez	M	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4. Tatiana Castro de	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5. María del Carmen	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6. Gladys Jimenez	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7. Rafaela Lopez	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8. Laura Salas	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
9. Carolina Delgado	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
10. Diana Salas	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
11. Enrique Ahumada	M	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		

**Nº DE ASISTENTES POR SESION**

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN " " SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

Firma Profesor

**Plantilla control asistencia día Jueves**

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCION		F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MENSA																	
Educativa (Español)		C. de Educación				(Con nombre del estable de origen (prestar atención al día del taller))																	
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER		F. TERMINO	PROGRAMA																		
Patricia Ortega		Jueves 11:00 a 13:00																					
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Impresita)	SEXO	DÍAS																				ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1. Loreto Salas	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2. Laura Martínez	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3. María del Carmen	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4. Elena Salas	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5. Ana del Carmen	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6. Margarita Salas	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7. Susana Salas	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8. Mariana Salas	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		

**Nº DE ASISTENTES POR SESION**

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN " " SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

Firma Profesor