

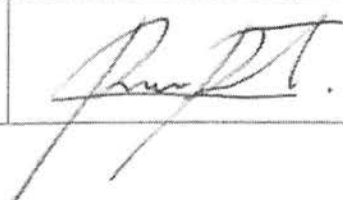
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	PEÑA TRINCADO ROSARIO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ENTRENAMIENTO GAP	MAR 19:45-20:45	JUE 19:45-20:45	██████████	6
T.2	ENTRENAMIENTO GAP	MAR 18:30-19:30	JUE 18:30-19:30	██████████	8
T.3	ENTRENAMIENTO GAP	MIE 19:00-20:00	VIE 19:00-20:00	██████████	7
T.4	---	---	---	---	---
T.5	---	---	---	---	---

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Para este taller se realizó trabajos con ESTACIONES, trabajando glúteo, Abdomen y pierna, acompañado de trabajo Aeróbico y Anaeróbico.
T.2	Se realizó Entrenamiento de intervalo de alta intensidad, trabajando mayoritariamente los grupos musculares (glúteo-Abdomen y pierna)
T.3	Para este mes, se trabajó con el entrenamiento de Fallo, el cual clase por medio se aplicaba para ver el Rendimiento físico en los grupos musculares de glúteo-Abd y Pierna.
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. PEÑA TRINCADO ROSARIO, 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. PEÑA TRINCADO ROSARIO .

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 de Asistencia 2025

Taller: entrenamiento bap

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio: 18-03

Profesor: Rosario Peña trincado

Día - Horario: martes y jueves 19:45 - 20:45

Termino: Nov

25

Departamento Gestion Territorial

Inscripción Mínima:

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

Programa Talleres Culturales

(Informe Final)

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
		18-03	20-03	25-03	27-03	01-04	03-04	08-04	10-04	15-04	17-04	22-04	24-04				06-05	08-05	13-05	15-05	20-05
1	Paulina Chavez	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				/	/	/	/	/
2	Juani Chavez	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J					2	P	P	
3	Niccle Cortes	/	/	/	/	/	/	P	P	J	J	J	J				J	J	J	J	
4	Nicolas Escobar	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P						4	P	P
5	Paula Espinoza	P	P	P	P	P	P	P	P	J		J	J						5	P	P
6	Paz Lambert	P	/	/	P	J	P	J	P	P	P	/	P						6	J	J
7	Dainery Menoza	/	P	P	P	J	J	P	P	J	J	J	P						7	P	J
8	Natalie Rojas	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P						8	P	P
9	Nuvia Zambrano	P		P	P	P	P	J	P	P	J	P	P						9	J	J
10	Violeta triviño	P	J	J	J	P	P	P	J	P	J	J	J			J	J	10	J	J	
11	Monica Yañez	/	/	/	/	P	P	P	P	J	J	J	J						11	P	P
12	Maria trinidad Zamora	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P						12	J	J
13	Juana Cisterna																		13		
14																			14		
15																			15		
16																			16		
17																			17		
18																			18		
19																			19		
20																			20		
21																			21		
22																			22		
23																			23		
24																			24		
25																			25		
26																			26		
27																			27		
28																			28		

N° Asistentes por sesión

% Asistencia por sesión

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
22-05	27-05	29-05	03-06	05-06	10-06	12-06	17-06	19-06	27-06	26-06	01-07	03-07	08-07	10-07	15-07	22-07	24-07	29-07
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P
J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J
J	J	J	P	J	/	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
P	J	J	P	J	P	J	J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P
P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
P	P	J	P	J	/	P	J	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J
J	J	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/	/	/	J	/	/	/	/
J	P	P	J	J	/	/	/	J	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/
P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Asist. Individual

N° %

Asisten. Asisten.

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Entrenamiento 6aP

Profesor: Rosario Peña Trincado

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Día - Horario: martes y jueves 19:45 - 20:45 Inicio: 18-03

2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Termino: Nov

Termino: Nov

[illegible]

Nº Asistentes por sesión

% Asistencia por sesión

% Promedio asistencia acumulado

L'anno scorso una mia alunna esultava e saltava di gioia con una "B" al diploma giustificando l'esultanza

Departamento Gestion Territorial

Programa Talleres Culturales

Inscripción Mínima:

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

(Informe Final)

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

[illegible]

CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
CON UNA "J" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

● SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN CLASES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. EL PARTICIPANTE SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

[illegible]

Rmpt.
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Entrenamiento GAP	Centro Comunitario Santa Rita

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Rosario Peña +	martes y jueves de 18:30 hasta 19:30

[illegible]

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

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.

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO 10-03	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____ (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
FECHA TÉRMINO	PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

¿ES ADULTO MAYOR?
(SI / NO)

PRESENTA CERTIF. MÉDICO
(SI / NO)


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Entrenamiento GAP	centro comunitario Santa Rita

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Rosario Peña Trincado	miércoles y viernes 19:00-20:00

[illegible]

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

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATAACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

FECHA INICIO
19-03-2025

DEPARTAMENTO

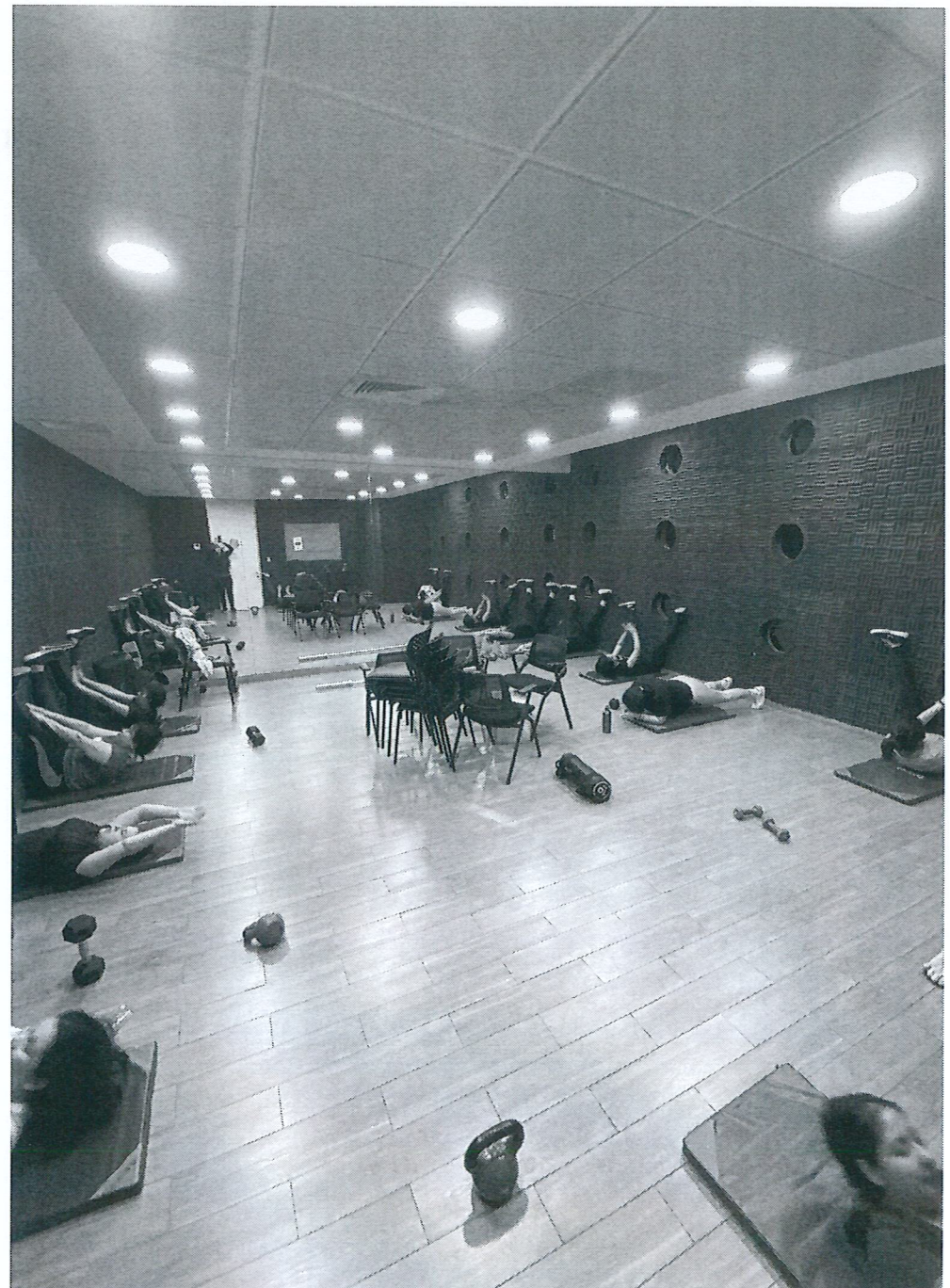
INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

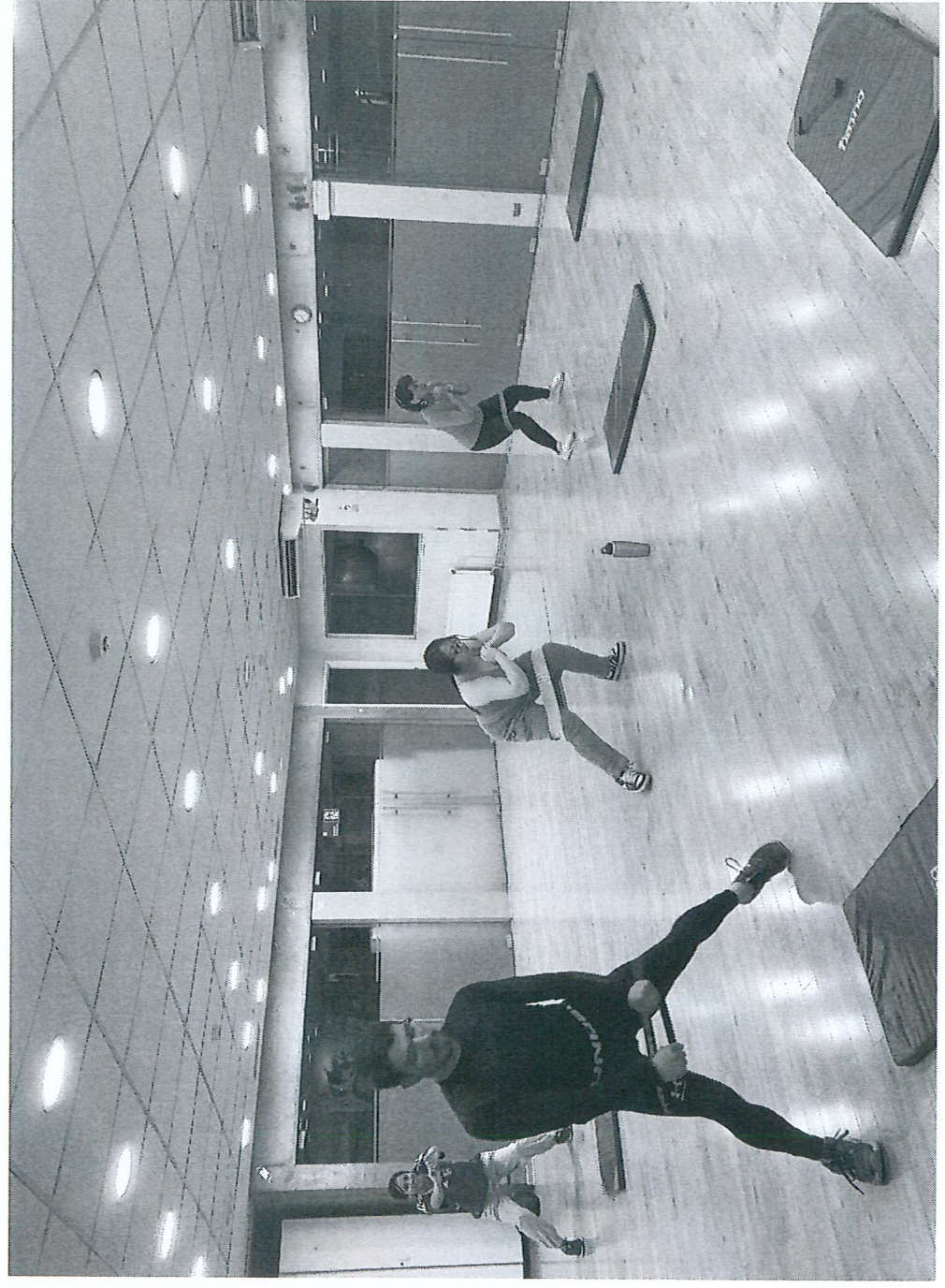
FECHA TÉRMINO	
---------------	--

PROGRAMA	
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

[illegible][illegible]

[Signature]
FIRMA PROFESOR





MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

