



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	PLAZA RICE SOFIA		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

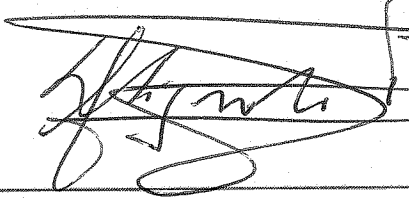
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BALLET BASICO	LUN 17:30-18:30	---	██████████	6
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajo de equilibrio: a través de la propiocepción, mantenerse en elevaciones (relevé) de ambos pies, caminatas, elevación de rodillas y piernas, saltos en un solo pie, etc. Estiramientos, juegos y circuitos con elementos en relación al equilibrio.
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. PLAZA RICE SOFIA, 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. PLAZA RICE SOFIA .

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
Ballet Basico

LUGAR DE EJECUCION
JUNTA DE REUNIONES C23

NOMBRE DEL PROFESOR
Sofia Plaza Lice

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES 17:30 a 18:30 hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				17-03	24-03	31-03	07-04	14-04	21-04	28-04	05-05	12-05	19-05	26-05	02-06	09-06	16-06	23-06	30-06	07-07	14-07	21-07	28-07
1	Leticia Zepeda			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	Martina Alvarez			P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Julieta Oriedo				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Josefina Sanchez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Francisca Musa				P	P	P	P			P												
6	Emilia Yanez					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Agustina Martinez									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-03

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

F. TERMINO
24-11

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR