

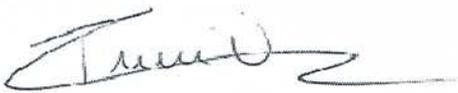
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	RIVERA MONTES MARIA TRINIDAD		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	08/07 - 31/12 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GIMNASIA TERAPÉUTICA	VIE 15:00-17:00	---	[REDACTED]	23
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	El taller de Gimnasia Terapéutica para el Adulto Mayor se divide en dos grupos, en ambos grupos se realiza una clase de Gimnasia a través del Baile durante 1 hora. Se inicia con ritmos lentos para calentar el cuerpo y luego se bailan una variedad de ritmos de ayer y hoy, como cha cha chá, rock and roll, cumbia, mambo, merengue, flamenco, etc. Cada cuatro canciones se realiza una pausa o descanso para tomar agua o sentarse. Para finalizar se hace una vuelta a la calma donde se realizan algunos estiramientos y movimientos articulatorios.
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. RIVERA MONTES MARIA TRINIDAD, 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. RIVERA MONTES MARIA TRINIDAD .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes de año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Grupo 1 T.1 Taller Gimnasia Terapéutica



Grupo 2 T.1 Taller Gimnasia Terapéutica



(Una de las alumnas asistentes no quiso participar de la foto)