

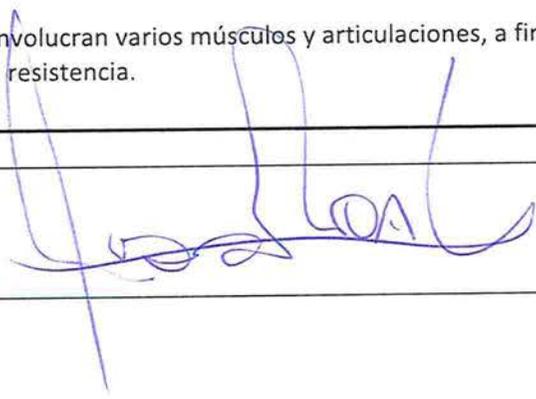
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>ROA OLEA FERNANDO</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	ACONDICIONAMIENTO FISICO	MAR 08:00-09:00	JUE 08:00-09:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	7
T. 2	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	LUN 20:00-21:00	MIE 20:00-21:00	[REDACTED]	7
T. 3	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	LUN 21:15-22:15	MIE 21:15-22:15	[REDACTED]	8
T. 4	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 20:00-21:00	JUE 20:00-21:00	[REDACTED]	8
T. 5	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 21:15-22:15	JUE 21:15-22:15	[REDACTED]	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se han realizado rutinas de entrenamiento, tanto de tren superior como inferior para desarrollar las cualidades físicas y contribuir al bienestar general de los alumnos.
T.2	Se han incorporado progresiones en las rutinas de entrenamiento para continuar desafiando y potenciando las capacidades de los alumnos. Materiales utilizados (step, mancuernas, mat, bandas elásticas, entre otros).
T.3	Los alumnos han efectuado ejercicios de movilidad, flexibilidad, resistencia y fortalecimiento muscular, a fin de mejorar sus cualidades físicas y así desempeñar actividades diarias con mayor facilidad y eficiencia.
T.4	Se implementaron circuitos de entrenamiento para potenciar la condición física general de los alumnos.
T.5	Se llevaron a cabo movimientos que involucran varios músculos y articulaciones, a fin de aumentar la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio y la resistencia.

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. ROA OLEA FERNANDO, 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 Sr.a./Sr. ROA OLEA FERNANDO .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 
Las Condes, <u>AGOSTO</u> mes de <u>2025</u> año	



# PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER  
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL

LUGAR DE EJECUCION  
SEDE PAUL HARRIS

NOMBRE DEL PROFESOR  
FERNANDO IGA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER  
LUNES Y MIERCOLES 20:00 A 21:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N°	SESIONES																			
			FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	FRANCISCA ARIAS HUERTADO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	NANCY CAOLASCO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	FRANCISCA ECHEVERRIA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	ANDREA HUERTADO ZAPATA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	VANU YA PEREZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	NATALIA PONCE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	PERCY VELIZ		P	P	P	P	P	P	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	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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



# PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL

LUGAR DE EJECUCIÓN  
SEDE PAUL HARRIS

NOMBRE DEL PROFESOR  
FERNANDO LOA

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
LUNES Y MIÉRCOLES 21:15 A 22:15.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 ROXANA ARIAS			P																			
2 JOSÉ PELLADO			P	P																		
3 ANALIA PEZA			P	P	P																	
4 PAULO SALDANA			P	P	P	P																
5 CECILIA VIDAL			P	P	P	P	P															
6 JIMMY ZUÑIGA			P	P	P	P	P															
7 GABRIELA VALDECRANA			P	P	P	P	P															
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN      7 7 7 7 7

# PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER  
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL

LUGAR DE EJECUCION  
SEDE PAUL HARRIS

NOMBRE DEL PROFESOR  
FERNANDO ROA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER  
LUNES Y MIÉRCOLES 21:15 A 22:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESION	Nº	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 ROXANA ARIAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 JOSÉ PELLADO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 ANA LIA MEZA			P	/	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 PAULO SALDAÑA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 CECILIA VIDAL			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 JIMMY ZUNIGA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 GABRIELA VALDECRANA			P	P	P	P	P	P	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																						
Nº DE ASISTENTES POR SESION				9	6	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7

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



# PLANILLA CONTROL

**NOMBRE DEL TALLER**  
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL

**LUGAR DE EJECUCIÓN**  
SEDE PAUL HARRIS

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
FERNANDO NOA

**DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER**  
MARTES Y JUEVES 20:00 A 21:00

NOMBRE 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 NANCY CARRASCO	P	05-08-25	P																				
2 JOSE NELLADO	P	07-08-25	P																				
3 VANNYA PÉREZ	P	12-08-25	P																				
4 NATALIA PONCE	P	14-08-25	P																				
5 FERNANDA RAMÍREZ	P	19-08-25	P																				
6 PAULO SALDAÑA	P	21-08-25	P																				
7 JUAN CARLOS VASQUEZ	P	26-08-25	P																				
8 JANISLEEN VASQUEZ	P	28-08-25	P																				
9		02-09-25																					
10		04-09-25																					
11		09-09-25																					
12		11-09-25																					
13		16-09-25																					
14		23-09-25																					
15		25-09-25																					
16		30-09-25																					
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

**Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN**      8   8   8   8   8

# PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER  
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL

LUGAR DE EJECUCION  
SEDE PAUL HARRIS

NOMBRE DEL PROFESOR  
FERNANDO LOA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER  
MARTES Y JUEVES 20:00 A 21:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
				18-03-25	20-03-25	25-03-25	27-03-25	01-04-25	03-04-25	08-04-25	10-04-25	15-04-25	17-04-25	22-04-25	24-04-25	29-04-25	01-05-25	06-05-25	08-05-25	13-05-25	15-05-25	20-05-25	22-05-25	
1	NANCY CADRASCO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	JOSE RELLADO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	VANNYA PEREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	NATALIA PONCE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	FERNANDA RAMIREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	PAULO SALDAÑA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	JUAN CARLOS VASQUEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	JANISLEEN VASQUEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
Nº DE ASISTENTES POR SESION																								

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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



# PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL

LUGAR DE EJECUCIÓN  
SEDE PAUL HARRIS

NOMBRE DEL PROFESOR  
FERNANDO UDA

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
MARTES y JUEVES 21:15 A 22:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 IGNACIA ACEVEDO	P	P	P	P	P																
2 ROXANA ARIAS	P	P	P	P	P																
3 ANDREA HURTADO	P	P	P	P	P																
4 ANA LIA PEZA	P	P	P	P	P																
5 CECILIA VIDAL	P	P	P	P	P																
6 JIMMY ZUNIGA	P	P	P	P	P																
7 GABRIELA VALDEMARIA	P	P	P	P	P																
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN      7 7 7 7 7

# PLANILLA CONT

**NOMBRE DEL TALLER**  
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL

**LUGAR DE EJECUCION**  
SEDE PAUL HARRIS

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
FERNANDO COA

**DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER**  
MARTES Y JUEVES 21:15 A 22:15

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	IGNACIA ACEVEDO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	ROXANA ARIAS		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	ANDREA HUETADO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	ANALIA MEZA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	CECILIA VIDAL		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	JIMMY ZUNIGA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	GABRIELA VALDECRANA		P	P	P	P	P	P	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																						
<b>N° DE ASISTENTES POR SESION</b>			7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

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



**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Taller Presencial Entrenamiento Funcional, Lunes y Miércoles, de 20.00 a 21.00 hrs.



Taller Presencial Entrenamiento Funcional, Martes y Jueves, de 21.15 a 22.15 hrs.



Taller Online Acondicionamiento Físico, Martes y Jueves, de 8.00 a 9.00 hrs.

