

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

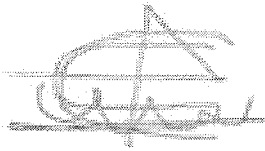
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SALINAS CAÑAS ROSARIO		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

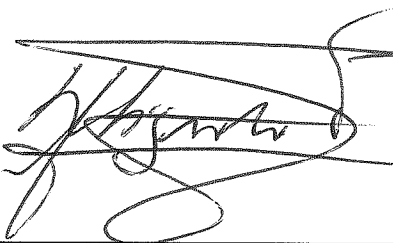
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DANZA ENERGETICA	MAR 11:15-12:15	JUE 11:15-12:15		7
T.2	DANZA ENERGETICA	MIE 09:00-11:00	---		7
T.3	TERAPIAS DE ENERGIA	VIE 11:15-13:15	---		8
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Hemos explorado la liberación emocional a través de los ejercicios del cuerpo, danza guiada y autoexpresión. reconocimiento de una estructura de movimiento por medio de la danza.
T.2	Hemos explorado la liberación emocional a través de los ejercicios del cuerpo, danza guiada y autoexpresión. reconocimiento de una estructura de movimiento por medio de la danza.
T.3	Trabajamos la iniciación de terapias de energía, la transmutación cuántica, parte teórica y práctica, información de chakras, aura, cuerpo mental, emocional y físico.

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. SALINAS CAÑAS 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. SALINAS CAÑAS ROSARIO .

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

Las Condes,

AGOSTO

2025

mes

de

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Unizo Echeverria

LUGAR DE EJECUCION

Junta Vecinal Las Jardines Apequinde

NOMBRE DEL PROFESOR

Rosario Salinas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

11:15 - 12:15 Martes - Jueves

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18/3/2025	29/3/2025	25/3/2025	27/3/2025	1/4/2025	3/4/2025	8/4/2025	15/4/2025	17/4/2025	22/4/2025	24/4/2025	6/5/2025	8/5/2025	13/5/2025	15/5/2025	20/5/2025	22/5/2025	27/5/2025	29/5/2025	3/6/2025
1	Houper Aliaga Ana Maria	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	Contoncos Tomicu Patricia	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Diaz Guzman Payline	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	Barrago Rojas Hostenia	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	Razo Lopez Elena	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	Mora Astudillo Adela	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7	De Ra Cruz Rita	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8	Radic Amos H. Lucia	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
9	Gaete Rosa	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
10	Elizabet Gonzalez	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
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

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA :

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

F. TERMINO

PROGRAMA

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Danza Emergía

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio:

Profesor: Rosario Solinas

Día - Horario: 9:00 A 14:00 Miércoles

Termino: Nov

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
		19/4/2025	26/4/2025	9/4/2025	16/4/2025	23/4/2025	30/4/2025	7/5/2025	14/5/2025	4/6/2025	11/6/2025	18/6/2025	25/6/2025	2/7/2025	9/7/2025	23/7/2025	30/7/2025	26/8/2025	13/8/2025	
1	Paula Aquilena	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	Patricia Alvarado	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Cecilia Gonzalez	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
4	Haydel Muñoz																			
5	Evelyn Penella	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Nimorka Pinto	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	Rosa Troncoso	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
8	Nelly Silva							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
9	Marlen Victoria				NUEVA											P	P	P		
10																		10		
11																		11		
12																		12		
13																		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																				
% Promedio asistencia acumulado																				

Marque con una "P" si alumno asistio a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

Marque con un "/" si alumno no asistio a clase:

Inscripción Mínima: _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar la
continuidad del taller)

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

Fecha: _____

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Terapia Emocional
Profesor: Rosario Salinas

Lugar: C.C. Padre Hurtado Inicio:
Día - Horario: 11:15 - 13:15 Viernes Termino: Nov

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
		2/3/2025	28/3/2025	4/4/2025	11/4/2025	25/4/2025	2/5/2025	9/5/2025	16/5/2025	23/5/2025	28/5/2025	6/6/2025	13/6/2025	27/6/2025	4/7/2025	18/7/2025				
1	José Antonio	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		1		
2	Karina Riquelme	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P		2		
3	Nelly Silva	/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		3		
4	Victoria Otuga	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		4		
5	Aurora Riquelme	/	/	/	/	P	J	P	P	P	J	J	J	J	P	P		5		
6	Carolina Mickel	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		6		
7	María Laura	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P		7		
8	Paula Aguilera	NUEVA																8		
9																		9		
10																		10		
11																		11		
12																		12		
13																		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																				
% Promedio asistencia acumulado																				

Marque con una "P" si alumno asistió a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
Marque con un "/" si alumno no asistio a clase:

