

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

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

Nombre	SANDOVAL BAHAMONDEZ CHRISTOPHER EDGARDO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA BASICO	MAR 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5
T.2	YOGA BASICO	MAR 09:00-10:00	VIE 11:15-12:15	[REDACTED]	6
T.3	YOGA BASICO	LUN 09:15-10:15	JUE 09:15-10:15	[REDACTED]	5
T.4	-	---	---	---	
T.5	-	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realiza, saludos al sol A y B además de asanas acompañadas de respiración consciente adaptable a cada persona, pranayama o control de la respiración, 8 tiempos en 3 intervalos de secuencia y finalmente una meditación.
T.2	Se realiza, saludos al sol A y B además de asanas acompañadas de respiración consciente adaptable a cada persona, pranayama o control de la respiración, 8 tiempos en 3 intervalos de secuencia y finalmente una meditación.
T.3	Se realiza, saludos al sol A y B además de asanas acompañadas de respiración consciente adaptable a cada persona, pranayama o control de la respiración, 8 tiempos en 3 intervalos de secuencia y finalmente una meditación.
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. SANDOVAL BAHAMONDEZ CHRISTOPHER, 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. SANDOVAL BAHAMONDEZ CHRISTOPHER .

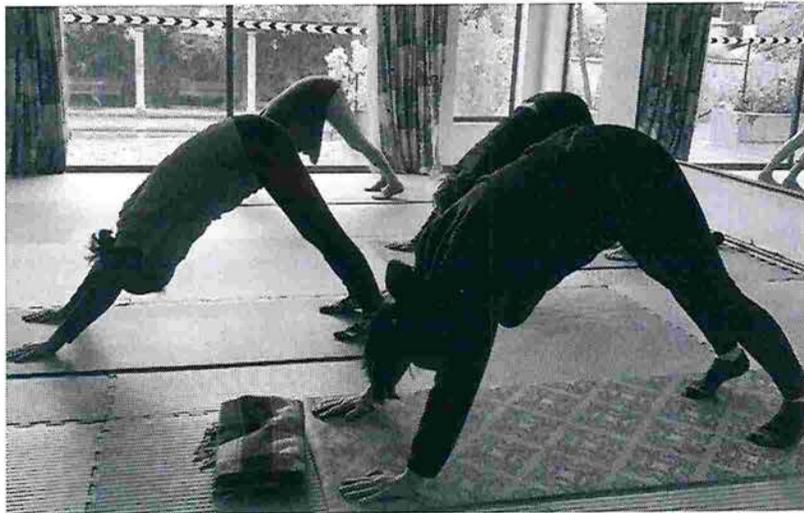
Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

1. [REDACTED]



2. [REDACTED]



3. PLATAFORMA EDUCACIONAL



1. JUAN ESTEBAN MONTERO 5449

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCION																			
YOGA																					
NOMBRE DEL PROFESOR		DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER																			
CHRISTOPHER SANDOZ R.		VI APO																			
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	
		08.09.08	09.09.08	10.09.08	11.09.08	12.09.08	13.09.08	14.09.08	15.09.08	16.09.08	17.09.08	18.09.08	19.09.08	20.09.08	21.09.08	22.09.08	23.09.08	24.09.08	25.09.08	26.09.08	27.09.08
1. SOLEDAD PROTO		P	P	P	P	P															
2. ALEJANDRA FLORES		P	P	P	P	P															
3. MELISSA MAGEE		/	/	/	/	/															
4. ANA MARIA GARCIA		P	P	P	P	P															
5. ANA GARCIA		/	/	/	/	/															
6. SUSANA FERNANDEZ		/	/	/	/	/															
7. ROBERTA SCHWEITZER		/	/	/	/	/															
8. ANITA GARCIA		/	/	/	/	/															
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 UNA "I" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

2. LA CAPITANIA 255

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCION																			
YOGA																					
NOMBRE DEL PROFESOR		DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER																			
CHRISTOPHER SANDOZ R.		LUNES																			
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
		08.09.08	09.09.08	10.09.08	11.09.08	12.09.08	13.09.08	14.09.08	15.09.08	16.09.08	17.09.08	18.09.08	19.09.08	20.09.08	21.09.08	22.09.08	23.09.08	24.09.08	25.09.08	26.09.08	27.09.08
1. PATRICIA RUIZ		P	P	P	P	P															
2. NORITA GODOY		/	/	/	/	/															
3. ANITA MARIA ZEBER		P	P	P	P	P															
4. PAULINA SILVA		P	P	P	P	P															
5. MARIA ARAYA		P	P	P	P	P															
6. ALVARO PINTO		/	/	/	/	/															
7. MACARONA GARCIA		P	P	P	P	P															
8. MARÍA BARRALONES		P	P	P	P	P															
9. ALEJANDRA VALENTA		/	/	/	/	/															
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 UNA "I" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU PRESENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBIC. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO