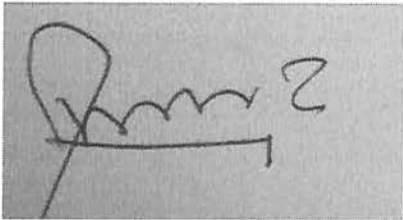


INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SCHULTZ BUSTAMANTE PATRICIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/06 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA BASICO	LUN 11:30-12:30	MIE 11:30-12:30	██████████	4
T.2	YOGA BASICO	LUN 19:00-20:00	MIE 19:00-20:00	██████████	4
T.3	YOGA BASICO	LUN 17:00-18:00	MIE 17:00-18:00	██████████	4
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Yoga de 11:30 a 12:30 hrs. Trabajo realizado colocando un foco especial para un grupo etéreo más bien mayor y con diferentes lesiones. Se usan accesorios como cintos, bloques, aporarodillas, frazadas y sillas para el apoyo de la clase. La clase se estructura en base a una postura específica y desarrollo de posturas complementarias. Las participantes han avanzado en la ejecución de cada clase de manera notoria. Trabajan con mucho entusiasmo.
T.2	Yoga de 19:00 a 20:00. La clase se realiza con una estructura más dinámica ya que las personas son más jóvenes y con experiencia previa. Se avanza aumentando la dificultad de las posturas en cada la clase lo que ha se a mostrado en un notable avance.
T.3	Yoga de 17:00 a 18:00 hrs. La clase se realiza con fluidez ya que las practicantes incorporan muy bien cada postura que se les plantea realizar. Se utiliza también accesorios como cintos, bloques y apoya rodillas para facilitar o aumentar la dificultad de cada postura cuando es necesario. El avance también es notable.
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. SCHULTZ BUSTAMANTE PATRICIA, 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. SCHULTZ BUSTAMANTE PATRICIA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: YOGA BASICO
LUGAR DE EJECUCIÓN: EDE: N C-6
NOMBRE DEL PROFESOR: PATRICIA SCHULTZ
DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Lunes y Miércoles 11:30

NOMBRE COMPLETO 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		24	8	11	16	18	23	25	30				7	9	14	21	23	25	28	4	8
2		24	8	11	16	18	23	25	30				7	9	14	21	23	25	28	4	8
3 MYRTIS HERNANDEZ DIAZ		P	P	P	P		P	I	I	/	J	J	J	J	I	J	J	J	J	J	J
4 MARIANA ALEXANDRA P.		P	J	P	P		P	P	P	P	/	P	P	I	P	P	P	P	P	P	P
5																					
6																					
7 LORENA ALVAREZ		J	I	J	P	I	J	I	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	P
8																					
9 Silvana Rivera															P	/	P	P	P	P	P
10 Ma Anelicia Arze															P	P	P	P	P	P	P
11 Francisca Fernandez																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	2	2	2	3	1	1	2	1	2	3	2	3	3	3	4	3	1
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARACTER OBLIGATORIO.

Form 2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Yoga Básico</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>Sede IVN C-6</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Patricia Schulte</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Lunes y miércoles 19⁰⁰ a 20⁰⁰</i>

NOMBRE COMPLETO 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			24/06/25																			
2			24/06/25																			
3			24/06/25																			
4			24/06/25																			
5			24/06/25																			
6			24/06/25																			
7			24/06/25																			
8			24/06/25																			
9			24/06/25																			
10			24/06/25																			
11			24/06/25																			
12			24/06/25																			
13			24/06/25																			
14			24/06/25																			
15			24/06/25																			
16			24/06/25																			
17			24/06/25																			
18			24/06/25																			
19			24/06/25																			
20			24/06/25																			
21			24/06/25																			
22			24/06/25																			
23			24/06/25																			
24			24/06/25																			
25			24/06/25																			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

27

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TALLERES WLTV RHEB COMUNICARIOS

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR