

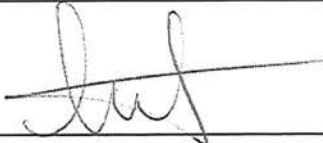
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SILVA TORRES KATYA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	MIE 09:00-10:00	VIE 09:00-10:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	8
T.2	PILATES	MAR 12:30-13:30	JUE 12:30-13:30	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5
T.3	YOGA BASICO	MAR 10:00-11:00	JUE 10:00-11:00		7
T.4	YOGA INTERMEDIO	LUN 14:30-15:30	VIE 14:30-15:30		7
T.5	YOGA INTERMEDIO	LUN 13:00-14:00	VIE 13:00-14:00		5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizan ejercicios para calentar los articulaciones y musculatura, con implementos como mancuernas, bandas elásticas y sillas, din en el suelo y din en silla, Control de la zona del Core y Control de la Respiración, Cada ejercicio se realiza dando enfasis en la concentración, fluidez y adaptación.
T.2	Se realizan en cada clase ejercicios de calentamiento, ejercicios para todo el cuerpo y enfuamamiento, dando enfasis en la respiración y la activación del "Core". Cada ejercicio se realiza con repetición, respiración consciente en cada movimiento, Se utilizan sillas, bandas elásticas, mancuernas, bandas redondas.
T.3	Se practican Asanas en Sutra Namaste (Saludo al Sol) en Silla y din en el Suelo (más abalanzado) los alumnos se concentran en la respiración, realizando postura simple que trabajen la flexibilidad y fuerza, terminando con una relajación en Shavasana Meditación y Canto final.
T.4	Se realizan Asanas enfocando la flexibilidad, el equilibrio y el bienestar general, adaptando posturas en silla para dar más seguridad y accesibles para cada Asana se realiza, luego nos vamos al piso para realizar la relajación, Meditación y Canto final.
T.5	Este grupo es más adulto, tiene más movilidad reducida, Por lo tanto, se trabaja en silla y bastón, para realizar las asanas de flexión, extensión, torsión, y estiramiento, Mov. de cabeza y la columna vertebral en Shavasana (Relajación) Meditación, Canto final.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

Clase de Pilates 9⁰⁰ a 10⁰⁰ Miércoles y Viernes



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
YOGA INTERMEDIO	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
KATYA SILVA TORRES	LUNES Y VIERNES 14:30 A 15:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				04/07/2025	07/07/2025	11/07/2025	14/07/2025	18/07/2025	21/07/2025	25/07/2025	28/07/2025	01/08/2025	04/08/2025	08/08/2025	11/08/2025	15/08/2025	18/08/2025	22/08/2025	25/08/2025
1 CARCAMO AGUILAR LUISA MIREYA				P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P		P	P	
2 DIEZ DEL RIO MARINA CLARA				P	J	/	/	J	J	/	/	J	P	J			P	J	
3 DROGUETT GONZALEZ MARIA TERESA				P	J		P	P	J	P	J	J	P	J	P				
4 EGNEM SUFAN INDA ZAYDA				P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	J	P		P	J	
5 GUERRERO AGUIRRE DIANA MIREYA				/	/	/	/	/	/	/	/	/							
6 LEYES VERGARA IRMA DEL CARMEN				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P		P	J	
7 MORALES CISTERNAS CRISTINA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	
8 MORENO RIVADENEIRA MARIA SOLEDAD				P	J	P	P	/	/			J	J						
9 PARADA VALENZUELA MARIA DE LA LUZ				/	/	/	/	/	P	P	P	J	P	P	P		P	J	
10 PEREZ TORRES CARMEN ANGELINA				P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P		P	J	
11 RIVERA NELSON CARMEN GRACIELA				P	P	P	P	P	P	P	J	J		J	P		P	J	
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

RECIBIDA
FALTA
PROMEDIO

F E R I A D O

N° DE ASISTENTES POR SESION																			
% DE ASISTENCIA POR SESION																			
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC																			

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/2025

DEPARTAMENTO
ADULTO MAYOR

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
PSL-30

(Informe Final)

																	C.MÉD.		ASIST. INDIVIDUAL				
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37			
29/08/2025	01/09/2025	05/09/2025	08/09/2025	12/09/2025	15/09/2025	19/09/2025	22/09/2025	26/09/2025	29/09/2025	03/10/2025	06/10/2025	10/10/2025	13/10/2025	17/10/2025	20/10/2025	24/10/2025	27/10/2025	31/10/2025	03/11/2025	07/11/2025	N°	%	
																					ASIST.	ASIST.	
1						F E R I A D O															08-25		
2	1	1																				05-26	
3																						04-26	
4																						03-26	
5																						05-26	
6																						07-25	
7																						07-25	
8																						CIV	
9																						06-26	
10																						CIV	
11																					12-25		
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
26																							
27																							
28																							
29																							
30																							


FIRMA PROFESOR

FECHA :