

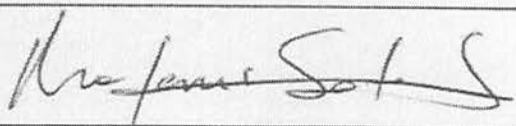
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SOTO SALVATIERRA MARIA JESUS		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	MAR 11:45-12:45	JUE 11:45-12:45	██████████	10
T.2	PILATES	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	██████████	10
T.3	PILATES	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15	██████████	9
T.4	PILATES	LUN 10:45-11:45	MIE 10:45-11:45	██████████	9
T.5	PILATES	LUN 12:00-13:00	MIE 12:00-13:00	██████████	9

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	MES enfocado en movilidad articular y equilibrio, incorporando ejercicios con fitball y bandas elásticas.
T.2	se realizarán ejercicios de cuerpo completo con énfasis en movilidad y estabilidad, incorporando fitball, bandas y aro.
T.3	clases centradas en trabajo de fuerza y control del core, con tobilleras y mancuernas para aumentar resistencia.
T.4	clases centradas en elongación, respiración y postura, utilizando pelotas y bandas para el apoyo.
T.5	clases de fuerza, elongación y control, utilizando aro, bandas y bolones.

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. SOTO SALVATIERRA MARIA JESUS, 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. SOTO SALVATIERRA MARIA JESUS .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

F. INICIO	DEPARTAMENTO
	DFP o e f
F. TERMINO	PROGRAMA
	Intervenciones y de desarrollo

[illegible]

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.


FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER: P1 kates T.2

LUGAR DE EJECUCION: Salita reinal los alamedos

NOMBRE DEL PROFESOR: ME YULI SOLO

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: martes y jueves 09:00 a 10:00

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
			18-03	20-03	25-03	27-03	01-04	03-04	08-04	10-04	15-04	17-04	22-04	24-04	29-04	01-05	06-05	08-05	13-05	15-05	20-05	22-05
1 MARCELA AREAN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 M ^{te} VERONICA DELA RIVERA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 KIMENA DE LUCA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 MONICA PERNANDEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 MABALY GUTIERREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 M ^{te} MERLENEZ MEDEL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 PAOLA POLANCO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 M ^{te} ANTONIA PARRA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 SOLEDAD REINALEI	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 LIA ZABBAZ									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																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "I" (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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO: 09:00 DEPARTAMENTO: DPGE LA

F. TERMINO: 10:00 PROGRAMA: taller de reentrenamiento y desarrollo

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

	¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
	(SI / NO)	(SI / NO)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

FIRMA PROFESOR: [Firma]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
PILATES T.2	SV los almendros

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MA JESUS ROLO S	MARTES Y JUEVES 09:00 A 10:00

[illegible][illegible]

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO	PROGRAMA

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

[illegible][illegible][illegible]

Prof. Dr. S. S. S.
FIRMA PROFESOR

[illegible][illegible]

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
	Reportes
F. TERMINO	PROGRAMA
	Talleres regionales y de desarrollo

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

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

F. INICIO	DEPARTAMENTO
	Deportes
F. TERMINO	PROGRAMA
	Tratamiento de la Educación de la Familia

[illegible]


FIRMA PROFESOR

[illegible]

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (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.

