

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

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

Nombre	VASQUEZ RAUCH ANGELICA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

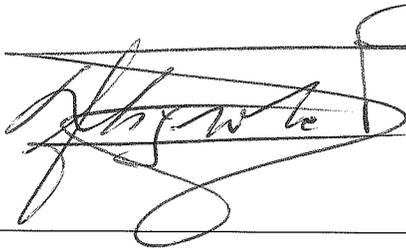
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ACONDICIONAMIENTO FISICO	LUN 12:45-13:45	MIE 12:45-13:45	[REDACTED]	3
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizaron sesiones para mejorar fuerza, resistencia, equilibrio y coordinación en adultos mayores, usando bandas, mancuernas y peso corporal. Cada sesión finalizó con vuelta a la calma para favorecer la recuperación.
T.2	
T.3	
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. VASQUEZ RAUCH ANGELICA, 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. VASQUEZ RAUCH ANGELICA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes de año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Graduacion mentes hacia
 LUGAR DE EJECUCION: Reposamiento Italiano
 NOMBRE DEL PROFESOR: Angelica Vasquez R.
 DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Lunes y Miércoles 12:35 - 13:45

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N	D																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Amaro Diaz Silvia		P	P	P	P	P															
2. Ara Torres Andia		P	P	P	P	P															
3. Bascanda Marina Cagn...		P	P	P	P	P															
4. Corchero Manuel Cristian		P	P	P	P	P															
5. Espino Analisa Marcela		P	P	P	P	P															
6. Estrella Veronica Gabriela		P	P	P	P	P															
7. Figueroa Rocío Luz		P	P	P	P	P															
8. Fierro Vera Mariana																					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

N° DE ASISTENTES POR SECCION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (SI/NO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 11/03 DEPARTAMENTO: DECOM
 F. TERMINO: 30/11 PROGRAMA: Deporte y Capacidad
 INSCRIPCION MENIMA: _____
(Comenzar en el momento de darla a conocer a los alumnos del taller)

	D																				ES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI/NO)	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			
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																							

Angelica Vasquez R.
 PROFESORA

1111

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Acondicionamiento Físico Renacimiento Italiano

Lunes y miércoles 12:45 – 13:45

