

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

Mes	JULIO
------------	--------------

Nombre	ROJAS CASTRO MARCELO		
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 11:00-12:00	JUE 11:00-12:00	SOR LAURA ROSA 253	8
T.2	YOGA BASICO	MIE 15:30-16:30	VIE 15:30-16:30	FLORENCIO BARRIOS 1685 TORRE 4 PISO -1	3
T.3	—	—	—	—	
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En este taller se trabajará con técnicas básicas del yoga como posturas y respiración para desarrollar mayor flexibilidad y mejorar el alineamiento corporal
T.2	Desarrollar flexibilidad, alineamiento, coordinación y control de la respiración a través de diferentes técnicas yóguicas
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	
---	--

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. ROJAS CASTRO MARCELO, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes JULIO 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 JULIO 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. ROJAS CASTRO MARCELO .

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBIX.

FIRMA PROFESOR

LUGAR DE EJECUCION
TOMÁS MORO-FLEMING TORRE 4 ZÓCALO

NOMBRE DEL PROFESOR
MARCELO ROJAS

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MIÉRCOLES Y VIERNES 15:30 HS

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION	7	7	5	6	6	5	6	6	6	7	7	6	6	5	5	5	5	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (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.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
	TALLERES
F. TERMINO	PROGRAMA
	TALLERES RECREATIVOS y DE DESARROLLO

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

[illegible]

	4	4	4	4	4	4	3		3	3	3	3	3		3	4		
--	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---	--	--

[illegible]

FIRMA PROFESOR