



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	PEÑA TRINCADO ROSARIO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ENTRENAMIENTO GAP	MAR 19:45-20:45	JUE 19:45-20:45	[REDACTED]	6
T.2	ENTRENAMIENTO GAP	MAR 18:30-19:30	JUE 18:30-19:30	[REDACTED]	8
T.3	ENTRENAMIENTO GAP	MIE 19:00-20:00	VIE 19:00-20:00	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Para el mes de octubre se realizó trabajo de fuerza, con pesos aumentados en cada ejercicio, con menos repeticiones y más descanso.
T.2	Para el taller de Santa Rita de martes y jueves, se realizó trabajo de esfuerzo máximo, con ejercicios específicos para cada grupo muscular.
T.3	Para el mes de octubre se realizaron trabajo de fuerza, con estaciones y tiempo determinado para un trabajo de hipertrofia muscular.

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 Sra./Sr. PEÑA TRINCADO ROSARIO, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes OCTUBRE 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 suscripto, 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 OCTUBRE 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. PEÑA TRINCADO ROSARIO .

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

Las Condes, OCTUBRE  
mes de 2025 año

#### MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.