

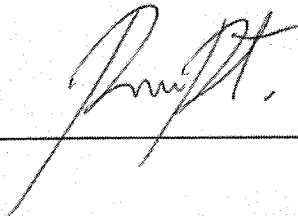
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	SEPTIEMBRE
-----	------------

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

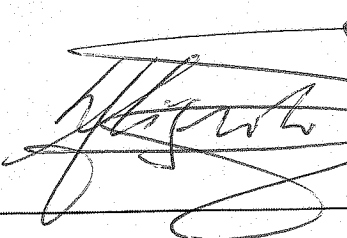
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ENTRENAMIENTO GAP	MAR 19:45-20:45	JUE 19:45-20:45	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	7
T.2	ENTRENAMIENTO GAP	MAR 18:30-19:30	JUE 18:30-19:30	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8
T.3	ENTRENAMIENTO GAP	MIE 19:00-20:00	VIE 19:00-20:00	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Para el mes de septiembre se realizó trabajos de Full body como complemento de entrenamiento de gap, con el objetivo que las alumnas tenga manejo de todo su cuerpo.
T.2	Para el mes de septiembre se realizan trabajos de Estiramiento, trabajando cuerpo completo y coordinación, con cargas más altas para este grupo de alumnas, ya que tienen un nivel más alto de rendimiento.
T.3	Para el mes de septiembre se realizan trabajos de Gluteo-Abdomen y pierna, incorporando estaciones trabajos de categoría anaeróbico y Aeróbico, con un nivel intermedio.

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. PEÑA TRINCADO ROSARIO, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes SEPTIEMBRE 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 SEPTIEMBRE 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, SEPTIEMBRE de 2025
mes año