

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

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

Nombre	POLANCO FREDES ANTUAN		
RUT		Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

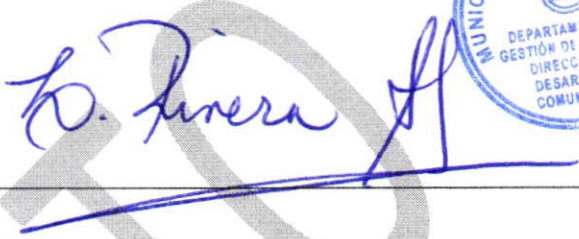
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA Y SENSORIAL	LUN 11:15-13:15	---	ALONSO DE CAMARGO 7207	4
T.2	PILATES	MAR 09:45-10:45	JUE 09:45-10:45	MONROE 8484	6
T.3	GIMNASIA KINESICA	MAR 11:00-12:00	JUE 11:00-12:00	MONROE 8484	7
T.4	GIMNASIA POSTURAL	MAR 15:30-16:30	JUE 15:30-16:30	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	8

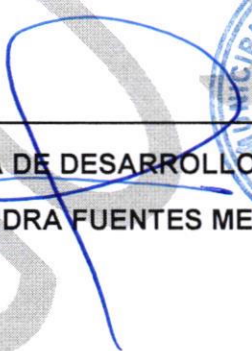
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	El fundamento de este mes en clases fue: Memoria Remota y Evocación Histórica, el Enfoque: Activar la memoria a largo plazo a través del reconocimiento de eventos, objetos y elementos culturales del pasado. También Razonamiento Lógico y Lenguaje Enfoque: Fortalecer la fluidez verbal, la atención sostenida y el procesamiento mental mediante juegos de palabras y categorías.
T.2	Fundamento de este mes, Fuerza Base y Movilidad de Miembros Inferiores (Trabajo de Pierna) Enfoque: Alineación de rodillas, tobillos y caderas mientras se fortalece el cuádriceps, isquiotibiales y musculatura estabilizadora del equilibrio. segundo enfoque del mes, trabajo abdominal en piso y silla con resistencia media.
T.3	Fundamento de este mes , ha sido el trabajo de control corporal, mediante ejercicios de resistencia muscular en postura de pie, la coordinación, agilidad y movimientos corporales como la psicomotricidad .
T.4	Fundamentos del taller este mes, hemos realizado trabajo bastante completo , de pie estabilidad, el control muscular, agregamos carga en varias posturas, balones d1 kilo por persona, en silla con apoyo dorsal , trabajo abdomen y pierna, diversos ejercicios ,distintos ritmos.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe (S) 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.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2026; 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. POLANCO FREDES ANTUAN .

Nombre Jefe (S) de Departamento	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO