

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

Mes	Marzo
------------	--------------

Nombre	ROA OLEA FERNANDO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	LUN 20:00-21:00	MIE 20:00-21:00	PAUL HARRIS 1558	8
T.2	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	LUN 21:15-22:15	MIE 21:15-22:15	PAUL HARRIS 1558	7
T.3	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 20:00-21:00	JUE 20:00-21:00	PAUL HARRIS 1558	8
T.4	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 21:15-22:15	JUE 21:15-22:15	PAUL HARRIS 1558	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se han realizado rutinas de entrenamiento, tanto de tren superior como inferior para desarrollar las cualidades físicas y contribuir al bienestar general de los alumnos.
T.2	Se llevaron a cabo movimientos que involucran varios músculos y articulaciones, a fin de aumentar la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio y la resistencia.
T.3	Se implementaron circuitos de entrenamiento para potenciar la condición física general de los alumnos.
T.4	Los alumnos han efectuado ejercicios de movilidad, flexibilidad, resistencia y fortalecimiento muscular, a fin de mejorar sus cualidades físicas y así desempeñar actividades diarias con mayor facilidad y eficiencia.

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. ROA OLEA FERNANDO, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes Marzo de 2026, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2026.

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 Marzo 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. ROA OLEA FERNANDO .

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

V^B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, Marzo de 2026
mes de año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación:

Taller Presencial Entrenamiento Funcional, Lunes y Miércoles, de 20.00 a 21.00 hrs.



Taller Presencial Entrenamiento Funcional, Martes y Jueves, de 21.15 a 22.15 hrs.

