

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

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

Nombre	ALCALDE DIAZ MACARENA		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BRIDGE BASICO	LUN 15:10-17:10	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	4
T.2	BRIDGE BASICO	MAR 11:00-13:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T.3	BRIDGE BASICO	MIE 18:00-20:00	---	TEZCUCO 1283	5
T.4	BRIDGE BASICO	MIE 15:10-17:10	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	7
T.5	BRIDGE BASICO	VIE 09:15-11:15	---	LAS VERBENAS 9191	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Práctica del juego. Se estudio Respuestas especiales a la partida de IST (25T) y respuestas con mano fuerte. Dos semanas de tablilla y dos de juego libre
T.2	Práctica del juego. Se enseño respuestas quiadas a la apertura de IST (25T) con mano especiales y con mano fuerte. Dos semanas con tablilla y dos libre.
T.3	Práctica del juego. Respuesta simple a la salida de IST. Se práctico el remate y se estudio tecnico de estrategia del juego
T.4	Práctica del juego. Se trabajo respuestas artificiales a la apertura de IST y partida con mano débil, ademas de reforzar el remate.
T.5	Práctica del juego. Se estudio respuestas a la apertura de IST con mano especiales y con mano fuerte de respuesta. 2 semanas con tablilla, 1 libre y un forzado.

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

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

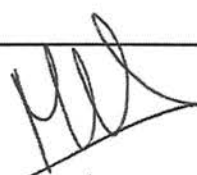
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ALCALDE DIAZ MACARENA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	BRIDGE BASICO	LUN 10:30-12:30	---	LAS VERBENAS 9191	6
T.7	BRIDGE INTERMEDIO	JUE 11:00-13:00	---	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	5
T.8	BRIDGE INTERMEDIO	JUE 15:30-17:30	---	ALCANTARA 434	9
T.9	BRIDGE BASICO	MIE 10:30-12:30	---	LAS VERBENAS 9191	7
T.10	--	--	---	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Práctica del juego. Se trabajó con repuestas con manos especiales y con mano fuerte a la apertura de 1ST (2ST). 2 semanas de tablillos y de juego libre
T.7	Práctica del juego. Se trabajó la partida de débil y las repuestas a la apertura de 1ST, con mano especial y con mano fuerte. 2 semanas de tablillos y de libres.
T.8	Práctica del juego. Se trabajó con repuestas a la apertura de 1ST con mano especial y con mano fuerte. 2 semanas con tablillo y de de juego libre
T.9	Práctica del juego. Se reforzó el remate y las estrategias de juego. Ampeste y atajes, dando énfasis en el remate, más que el desarrollo.
T.10	

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. ALCALDE DIAZ MACARENA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 AGOSTO 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. ALCALDE DIAZ MACARENA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

NOMBRE DEL PROFESOR

**NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO**
(Letra imprenta)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S
---	-------------------------------

- 1 Nova Terra Farm
- 2 Patricia Naurim
- 3 Anna d'Almeida da Costa
- 4 Cecilia Brito
- 5 Laraine Dglemas
- 6 David Toche
- 7 Jay Mans Gwre
- 8 Mariana Gworp
- 9 Nicholas Santander

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, HIROGINNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

F. INICIO	DEPARTAMENTO
-----------	--------------

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con menos del mínimo se del
evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO

F. TÉRMINO	PROGRAMA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

[illegible]

¿ES ADULTO
MAYOR?
(SI / NO)

¿ES ADULTO
MAYOR?

PRESENTA
CERTIF.
MÉDICO

(SI / NO)	(SI / NO)
-----------	-----------

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Budgo	Ejército
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Norma Alicia de	Viernes 11:00 - 13:00

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, HIROGIMNASIA. NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Art. 2</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Torreco 1233</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>María del Carmen</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>18:00 - 20:00</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESION	DÍAS																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. <i>M. Rodríguez</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2. <i>Rosa Solís</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3. <i>Monica Vega</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4. <i>Froilan Renteria</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5. <i>Rafael Delgado</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6. <i>Silvia Pacheco</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7. <i>A. Ximena Lencina</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8. <i>L. María Velasco</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
9. <i>Gamen Lucia Pachiarolo</i>																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (BLACK) 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : <i>6</i>
F. TERMINO	PROGRAMA	(Con menos del mínimo se debe evaluar conformidad del taller)

	DÍAS																					
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL	
NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Bridge	San Vito 7101
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Macarena Olalde	Viernes 9:15 a 11:15

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)			UNDO-1871	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Blanca Jara			2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
2	Marisa Salas			3	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
3	Edolys Quirino Ph.			4	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
4	Quirino Lidia Guzmán S.			5	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
5	Carole Beate A.			6	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
6	Riz Quirino Concha P.			7	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
7	Quirino Eduardo Calderon			8	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20							
8	Quirino Guadalupe H.			9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20								
9	Roland Chotelin			10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20									
10	Gaby Guzman			11	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20										
11				12	12	13	14	15	16	17	18	19	20											
12				13	13	14	15	16	17	18	19	20												
13				14	14	15	16	17	18	19	20													
14				15	15	16	17	18	19	20														
15				16	16	17	18	19	20															
16				17	17	18	19	20																
17				18	18	19	20																	
18				19	19	20																		
19				20																				
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA.

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TERMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Indice	bo. Gen. Gen.
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Mag. M. M. M.	Lun. 10:30 - 12:30

[illegible][illegible]

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Bridge

LUGAR DE EJECUCION

Juan Esteban Montero

NOMBRE DEL PROFESOR

How one would

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

5 11-13

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

PROGRAMA

[illegible]

¿ES ADULT
MAYOR?

(SI / NO)

O PRESENTA
CERTIF.
MEDICO

(SI / NO)

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Café	LUGAR DE EJECUCIÓN Café
NOMBRE DEL PROFESOR Ana María	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER 15/11 - 14:30

[illegible]

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : .
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

[illegible]**ASISTENTES POR SESIÓN**

QUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
QUE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
QUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

ERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. EL CUMPLIMIENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA:
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR