

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

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

Nombre	BARAYON RAMIREZ PAULA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACIÓN COGNITIVA BASICO	JUE 11:00-13:00	—	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	VIE 10:00-12:00	—	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	10
T.3	MINDFULNESS	LUN 11:00-13:00	—	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8
T.4	MINDFULNESS MEDITACION BASICO	VIE 15:30-17:30	—	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	8
T.5	TEJIDO A CROCHET BASICO	MAR 10:00-12:00	—	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabaja el fortalecimiento de las funciones cognitivas para activar la memoria, la atención y la concentración, para mejorar la calidad de vida.
T.2	Se trabaja el fortalecimiento de las funciones cognitivas para activar la memoria, la atención y la concentración, para mejorar la calidad de vida.
T.3	Se trabaja en dinámicas y meditaciones enfocadas en la atención plena, orientado al desarrollo y crecimiento personal, entregándoles herramientas para su vida diaria.
T.4	Se trabaja en dinámicas y meditaciones enfocadas en la atención plena, orientado al desarrollo y crecimiento personal, entregándoles herramientas para su vida diaria.
T.5	Se trabaja en la elaboración y confección de chalecos, suéter, cárdigan, blusas, accesorios, mantas, granny, entre otros, donde cada alumna realiza el proyecto de su interés

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

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

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

Nombre	BARAYON RAMIREZ PAULA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO A CROCHET BASICO	MIE 11:00-13:00	—	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	8
T.7	—	—	—	—	
T.8	—	—	—	—	
T.9	—	—	—	—	
T.10	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se trabaja en la elaboración y confección de chalecos, suéter, càrdigan, blusas, accesorios, mantas, granny, entre otros, donde cada alumna realiza el proyecto de su interés
T.7	
T.8	
T.9	
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. BARAYON RAMIREZ PAULA, 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. BARAYON RAMIREZ PAULA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Estimulación Cognitiva

LUGAR DE EJECUCIÓN

CCS2

NOMBRE DEL PROFESOR

Paula Bararón

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Jueves 11:00 - 13 hrs

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				20-Marzo	27-Marzo	3-Abril	10-Abril	17-Abril	24-Abril	8-Mayo	15-Mayo	22-Mayo	29-Mayo	5-Junio	12-Junio	19-Junio	26-Junio	3-Julio	10-Julio	17-Julio	24-Julio	31-Julio	7-Agosto
1	Eduardo Morales ✓			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Marta Rojas ✓			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Anaie Contreras ✓			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Carmen Guerrero ✗			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Alejandra Letelier ✓			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marcelina Rivas ✓			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Gabriele Olivos ✓			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Verónica Hidalgo ✗						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Obidio Rosas ✗						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Serge Celedón ✓							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Ana María Wiegand ✓								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	Gladys Simón ✓									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	Rita Sora ✓														P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	Nicole Anes ✓															P	P	P	P	P	P	P	P
15	Ruth Castro																P	P	P	P	P	P	P
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				5	6	6	6	7	10	6	10	8	7	7	3	7	6	9	9	6	9	9	8

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI EL 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

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

PROGRAMA	
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

[illegible]

FIRMA PROFESOR

Planilla Control de Asistencia

Taller: MINDFULNESS MEDITACIÓN BASICO

Lugar: CENTRO COMUNITARIO PATRICIA

Profesor: PAULA BARAYON RAMIREZ

Día - Horario: VIERNES 10:00 A 12:00 HRS

N°	Nombre Alumnos (Favor de usar letra imprenta)	SESIONES	FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				02-may	09-may	16-may	23-may	30-may	06-jun	13-jun	27-jun	04-jul	11-jul	18-jul	25-jul	01-ago	08-ago	22-ago	29-ago
1	JORGE CELEDON																		
2	ERNESTINA FAUNDEZ <i>Corman</i>																		
3	MARCELA GARCIA																		
4	BERTA GUERRERO																		
5	MARIA JARA <i>Antonieta</i>																		
6	SILVIA MUÑOZ																		
7	ALICIA OLIVARES																		
8	LAURA PEREZ																		
9	ERIKA RIVERA																		
10	ORFELINDA SILVA <i>P</i>																		
11	MONICA FERNANDEZ																		
12	YOLANDA CARO																		
13	MARIA CLAUDIA VERGARA																		
14	MARINA LAMEDA																		
15	PATRICIA DIAZ																		
16	OTACIELA LUCERO																		
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
N° Asistentes por sesión																			
% Asistencia por sesión																			
% Promedio asistencia acumulado																			

arque con una "P" si alumno asistio a clases
arque con un "J" si alumno no asistio a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Mindfulness

LUGAR DE EJECUCIÓN

Comunitario Santa Rita

NOMBRE DEL PROFESOR

Paula Barajon

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Lunes 11:00 - 13:00 hs

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº
FECHA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
7-Abril 14-Abril 21-Abril 28-Abril 5-Mayo 12-Mayo 19-Mayo 26-Mayo 2-Junio 9-Junio 16-Junio 23-Junio 30-Junio 7-Julio 14-Julio 21-Julio 28-Julio 4-Agosto 11-Agosto 18-Agosto

1	Marie Contreras	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	Twth Castro	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	J	P	J
3	Claudia Cid	P	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	Serge Celedon	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P
5	Narlene Vega	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	P	J	P	J	J	P	P
6	Susana Schielei	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
7	Soledad Orellana		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
8	Verónica Hidalgo				P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	Carmen Madrid					P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P
10	Nahuel Noriega							P	P	J	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/
11	Ana Cervera								P	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/
12	Nicole Ales														P	P	P	P	P	P
13	Rita Sara															P	P	P	P	P
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

DE ASISTENTES POR SESIÓN

56577477874547598698

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN
OS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
E DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

85804644

Ana Cervera

Soledad Orellana

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO

3-Abril

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :

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

FECHA TÉRMINO

PROGRAMA

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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.
MÉDICO

(SI / NO)

(SI / NO)

Si

Si

Si

Si

NO

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

Si

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

TEJIDO A CROCHET

LUGAR DE EJECUCION

CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR

PAULA BARAYON RAMIREZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MARTES 10:00-12:00 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESION N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			01/07/2025	08/07/2025	15/07/2025	22/07/2025	29/07/2025	05/08/2025	12/08/2025	19/08/2025	26/08/2025	02/09/2025	09/09/2025	16/09/2025	23/09/2025	30/09/2025	07/10/2025	14/10/2025	21/10/2025	28/10/2025	04/11/2025	11/11/2025
1	ASTROSA MILLAN CLAUDIA		P	P	P	P	P	P	P													
2	CAICHA CARVAJAL AIDA (xime)		J	P	P	P	P	P	P													
3	CALDERON LOPEZ MAGALY		J	P	P	P	P	P	P													
4	CARO ZUÑIGA YOLANDA		P	J	P	J	P	J	J													
5	DIAZ RUBIO PATRICIA		P	P	P	P	P	P	P													
6	FUCHSLOCHER BRAVO ASTRID		J	J	J	P	J	P	P													
7	JORQUERA BEIZA MARIA ELENA (kik)		P	P	P	P	P	P	P													
8	MADRID MENA CARMEN		J	P	P	P	P	P	P													
9	NAZER CARREÑO MARIA CECILIA		J	J	J	J	J	J	J													
10	RAMIREZ DE LA VEGA ELVA		P	J	P	P	J	P	J													
11	RODRIGUEZ ESCOBAR EUGENIA		P	J	P	J	J	J	J													
12	ROQUE YSABELIA		P	P	J	P	P	P	P													
13	Paulina Ortiz						P	P	J	P												
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION

x 6 2 9 9 9 7 7

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 PARTICIPE EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

1. DE ASISTENCIA	
-------------------------	--

DEPARTAMENTO
GESTIÓN DE TALLERES

F. TERMINO
NOV.

PROGRAMA	
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025	

[illegible][illegible]**FIRMA PROFESOR**

Planilla Control de Asistencia

Taller: TEJIDO A CROCHET BASICO

Lugar: CENTRO COMUNITARIO PATRICIA

Profesor: PAULA BARYON RAMIREZ

Día - Horario: MIERCOLES 11:00 A 13:00 HRS

[illegible]

que con una "P" si alumno asistio a clases
que con un "I" si alumno no asistio a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALLERES

PROGRAMA TALLERES CULTURALES

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

ES ADULTO MAYOR (SI / NO)	PRESENT A CERT. MEDICO (SI / NO)
------------------------------------	---

[illegible]

lv.

FIRMA PROFESOR

Fecha:





