

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

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

Nombre	CANALS VARGAS MARIA PAZ		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	YOGA BASICO	LUN 11:30-12:30	MIE 11:30-12:30	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.7	YOGA BASICO	MAR 15:00-16:00	JUE 15:00-16:00	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.8	YOGA INTERMEDIO	LUN 19:30-20:30	MIE 19:30-20:30	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5
T.9	YOGA INTERMEDIO	MAR 09:00-10:00	VIE 09:00-10:00	LEONARDO DA VINCI 7533	6
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Trabajamos secuencias con posturas de pie y sentadas, poniendo énfasis el trabajo abdominal y en flexibilizar la columna y piernas, Realizamos meditación en movimiento para mejorar la concentración y coordinación.
T.7	Se realizaron secuencias psicofísicas que flexibilizan y fortalecen el cuerpo. También se utilizaron implementos cinturón y silla para mejorar la alineación de las posturas.
T.8	Trabajamos secuencias dinámicas variantes del saludo al sol y posturas mantenidas poniendo énfasis en las posturas de fuerza y fortalecimiento abdominal
T.9	Se realizaron secuencias de posturas sentadas y de pie, poniendo énfasis en flexibilizar el cuerpo y fortalecer la musculatura abdominal. Trabajamos meditación en movimiento para mejorar la coordinación y concentración.
T.10	

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

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

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

Nombre	CANALS VARGAS MARIA PAZ		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	HATHA YOGA INTERMEDIO	MAR 18:15-19:15	JUE 18:15-19:15	COLICHEO 1985	6
T.2	YOGA BASICO	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	4
T.3	YOGA BASICO	LUN 18:15-19:15	MIE 18:15-19:15	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.4	YOGA BASICO	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.5	YOGA BASICO	MAR 10:30-11:30	JUE 10:30-11:30	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajamos secuencias variantes del saludo al sol y posturas mantenidas con la ayuda de implementos, bloque, cinturón y silla de forma de mejorar la correcta alineación y poder mantener las posturas por mayor tiempo.
T.2	Realizamos secuencia psicofísica, posturas de pie y sentadas para mejorar la flexibilidad y ejercicios dinámicos que ayudan con la concentración y coordinación.
T.3	Trabajamos variantes del saludo al sol y asanas mantenidas poniendo énfasis en las posturas de fuerza y el trabajo abdominal.
T.4	Se realizaron secuencias variantes del saludo al sol , y posturas mantenidas con la ayuda de implementos silla y cinturón , trabajando la correcta alineación y conciencia corporal
T.5	Trabajamos variantes del saludo al sol incorporando posturas de fuerza y control abdominal. Se realizaron posturas con la ayuda de implementos sillas, cinturón y bloques aumentando de esta forma el tiempo de mantención.

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. CANALS VARGAS MARIA PAZ, 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. CANALS VARGAS MARIA PAZ.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

REBECA
DA EUGENI
A SILVA
A MART
OZA HEI
EMPIA R
VERONI
NIA AN
GARCIA

as y mi
LAS
BOWSK
CRISTE
INSE P
JERNV
GELIA
NOBLEI
JUTIER
CULIA

miere
CURTO
RIAGA
NTAN
ANGE
EZAS
SILV
IDA
NER
URVA

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Yoga	Colon 8.00
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
M. Paz Cando	Lunes - viernes 10:15

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº	F E C H A																				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1 Rebeca Corvalan			P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Patricia Magalanes			J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P
3 Mariana Silva			J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
4 Begonia Martin			P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
5 Lucian Herrera			J	J	P	P	J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
6 Ines Reyes			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Veronica Vargas			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
8 Rosa Tello			P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P
9 Ruben Garcia			P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 6 6 5 5 6 7 7 9 7 6 7 5 5 7 7 5 5 8

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "J" (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	INS (Co-eval)
15 Marzo	de Talleres	
F. TÉRMINO	PROGRAMA	
	Talleres recreativos y desarrollo	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	J	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	P	A	J	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	P	J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

6 7 5 9 7 6 6 4 6 5 5 8 7 4 6 6 4 6 6 6

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO	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? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
1	P	P	P	P	P	P	P	P														
2	J	J	J	J	J	J	J	J														
3	P	P	J	J	J	J	J	J														
4	J	P	J	J	J	J	J	J														
5	P	J	J	J	J	J	J	J														
6	J	P	J	J	J	J	J	J														
7	P	P	P	P	P	P	P	P														
8	P	P	J	J	J	J	J	J														
9	J	P	P	P	J	P	P	P														
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

5 7 3 4 6 8 8 8 5

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Yoga	Colón 8000
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
M. Paz	Lunes - Miércoles 11:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA																				
1	Jorge Salas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Dina Dadoric		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Mariela Alvarez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Ivette Pavy F		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Claudia Fernandez		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marcelia Wetzig		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Monica Poblete		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Rosalba Gutierrez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Cecilia Alvarez		-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Alexandra F.		-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº de Asistentes por Sesión

3568776676464576765

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "X" SI NO ASISTIÓ

1º DE ASISTENTES POR SESIÓN

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSTRUMENTOS (Cuestionario, entrevista, observación, etc.)
15 Marzo	De Talleres	
F. TÉRMINO	PROGRAMA	EVALUACIÓN
	Talleres recreativos desahogo	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
2	P	P	J	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	P	J	J	J	A
4	J	J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J
5	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	J	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
8	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
9	J	P	J	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
10																				P
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	4	7	3	3	7	8	5	6	4	4	6	5	6	5	6	6	4	7		

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____ (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	

[illegible][illegible]

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Yoga	Colón 8000
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
M. Paz	Martes - Jueves 15:00

[illegible]

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

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MI (Con menos del mini evaluar continuidad)
15 Marzo	de Talleres	
F. TERMINO	PROGRAMA	
	Talleres creativos de dibujo	

INSCRIPCION MI
(Con menos del mini
evaluar continuidad e

[illegible]

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TERMINO	PROGRAMA

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

[illegible]

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
(SI / NO)	(SI / NO)

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
yoga	Francisco Bilbao
NOMBRE DEL PROFESOR	DIA Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
M. Paz Canals	Marques - Jueves 10:30 - 11:30

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
15 Nov	Programa y Talleres	
F. TERMINO	PROGRAMA	
	Talleres remanativos y desarrollo	

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION 1 5 3 5 7 7 7 10 4 10 7 5 5 3 6 3 7 7 6 10

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

[illegible]

	7	7	6	6	7	5	4	6	6	8	7	8	6	7	6	7	6	7	6
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FIRMA PROFESOR

[illegible][illegible]

STIO A CLASES
NO NO ASISTIO A CLASES
JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

... INICIO DE CLASES. A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Yoga	LUGAR DE EJECUCIÓN Colón 8.000
NOMBRE DEL PROFESOR M. Paz C.	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER Lunes - Miércoles 18:15

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																						
		N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
1	Manuela Aburto	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Veronimia Ariagada	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Manuela Santander	P	J	0	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Sandra Catalan	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Sandra Cabezas	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Guilia Vidal	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Paula Miranda	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Susana Kostner	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Claudia Vargas																							
10	Lorena Bohadilla																					P	P	J
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

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, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO 15 Marzo	DEPARTAMENTO de Talleres	INSI (Con evalt)
F. TÉRMINO	PROGRAMA Talleres recreativos de niños	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	J	P	P	J	J	P	J	J	J	J	P	J	J	J	P	J	J	J	P	P
2	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8																				
9	P	J	J	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10				P	P	P	J	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

55167764547548163565757

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA : (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
1	P	P	J	P	P	J	P													
2	P	J	J	J	P	J														
3	P	P	P	P	P	P														
4	J	J	J	J	P	J	P													
5	P	P	P	P	P	J	P													
6	P	P	P	P	P	J	P													
7	P	J	J	P	P	P														
8																				
9	J	P		J	P	P														
10				P	P	P														
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

642663

FIRMA PROFESOR

