

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

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

Nombre	DIAZ DE RUIZ CAROLINA ESTHER		
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 10:00-12:00	—	LA RABIDA 5300	6
T.2	ESTIMULACIÓN COGNITIVA BASICO	MAR 15:00-17:00	—	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	7
T.3	PENSAMIENTO POSITIVO	LUN 10:00-12:00	—	LA RABIDA 5300	6
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejercicios de Concentración. Ejercicios de Coordinación Grupal. Desafíos en coordinación Motriz, Verbal y Escritura. Practicas de Memoria Episódica.
T.2	Ejercicios de Concentración. Ejercicios de Coordinación grupal. Desafíos en coordinación Motriz, Verbal y Escrita. Practicas de Memoria Episódica.
T.3	Técnicas de aprendizajes para Tomar Decisiones acertivas. Aplicación de test individual y exposición de situaciones y experiencias. Aceptación de si mismo. Establecer límites. Dinámicas grupales.
T.4	
T.5	

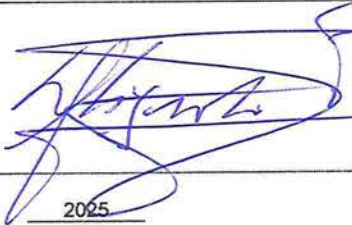
Firma prestador de los servicios

Carla



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. DIAZ DE RUIZ CAROLINA ESTHER, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo con el 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. DIAZ DE RUIZ CAROLINA ESTHER .

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	LUGAR DE EJECUCION
Estimulación Cognitiva	La Rabida 5300
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Carolina E. Diaz de Ruiz	Jueves 10am a 12m

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			03/04/25	10/04/25	17/04/25	24/04/25	01/05/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	05/06/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	03/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	31/07/25	07/08/25	14/08/25
1 Bertrand Barboza Sonia F	P		P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Rivera Alcaayaga Ana Mercedes			P		J	J	J	J	P			J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J
3 Rodriguez Serra Li Liang R			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P
4 Baldini Cotapos Apolonia E	P		P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Valenzuela Estevez M ^a del C.	P		P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P
6 Gomez Lillo Silvia Angelica	P		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Saicapi Mahanna Tvenne					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Balhontin Salinas Ximena L.	P		P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Sanhueza Palma Maria Olivia	P		P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Leon Guzman M ^a Soledad			P	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																						

N° 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

	PLANILLA CONTROL
--	-------------------------

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Estimulación Cognitiva	IV. Juan Esteban Montero C4
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Carolina E. Díaz de Ruiz	Martes de 3pm a 5pm

[illegible][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

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER <u>Pensamiento Positivo</u>	LUGAR DE EJECUCION <u>La Rabida 5300</u>
NOMBRE DEL PROFESOR <u>Carolina E Diaz de Ruiz</u>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <u>Lunes 10am - 12m</u>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N	F E C H A																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 Alfaro Bravo Ma Eugenia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Sainpi Mahanaa Ivenne			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Lertora Fernandez Doris M																				
4 Leon Guzman Ma Soledad																				
5 Aranchia B. Leticia V.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Toro Segovia Jose H.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Barrios Sonia			P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

N° 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)
Abril 2025	Des. Personcel	
F. TERMINO	PROGRAMA	
Nov 25	taller Pensamiento Pos.	

	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. MEDICO (SI / NO)
1	18/06/25	25/08/25																				
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