

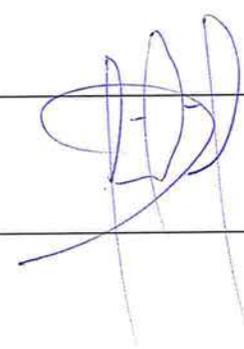
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	<b>DIAZ PRIETO MARIA ELENA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ACONDICIONAMIENTO FISICO	MAR 17:30-18:30	JUE 17:30-18:30	ZARAGOZA 8065	3
T.2	EQUIPO DE NATACION	SAB 13:00-14:00	---	PAUL HARRIS 150 (SPA EL ALBA)	1
T.3	NATACION BASICO	SAB 14:15-15:15	---	PAUL HARRIS 150 (SPA EL ALBA)	1
T.4	NATACION INICIACION	SAB 15:30-16:30	---	PAUL HARRIS 150 (SPA EL ALBA)	1
T.5	NATACION INICIACION	SAB 16:45-18:45	---	PAUL HARRIS 150 (SPA EL ALBA)	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajo circuito de habilidades físicas: coordinación-fuerza-flexibilidad- agilidad-resistencia. Secuencia con pausas activas de ejercicios, haciendo hincapié en la ejecución correcta para disminuir lesiones, trabajo colaborativo.
T.2	Trabajo de entrenamiento de la condición técnica impulsada por campeonato de natación (23/08). Técnicas de vueltas y desplazamientos. Entradas al agua y dominio de 5mts de distintos nados. Tiempos en distintas categorías y estilos. Técnicas de trabajo metodológico con implementos tablas de flotación, poll, braceras.
T.3	Desplazamientos ventral y dorsal con propulsión de brazos y piernas, desglose del ejercicio. Tecnificación de respiración cada (8-4-2). Técnica de patada, metodología de ejercicio-técnica de brazada, metodología del ejercicio. Trabajo alterno con implementos metodológicos (tablas de flotación-Pol-manoplas).
T.4	Desplazamiento con apoyo de implementos de flotación (tablas, tallarín), adoptando la posición horizontal, ubicación espacial. Iniciación a mecanismos de respiración acuática.
T.5	Adaptación al ambiente acuático con implementos de apoyo (tablas de apoyo, tablas de flotación, tallarines. Pelotas acuáticas). Juegos de movilidad en el ambiente acuático, desplazamientos con apoyo. Juegos de iniciación a la natación.

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. DIAZ PRIETO MARIA ELENA, 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. DIAZ PRIETO MARIA ELENA .

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

Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año



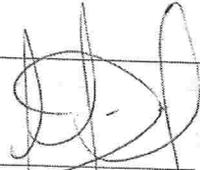
**PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA TALLERES RECREATIVOS DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD**

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> ACONDICIONAMIENTO FÍSICO	<b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b> CENTRO COMUNITARIO SANTA ZITA/ DIAGUIT	<b>FECHA DE INICIO</b> 22-03	<b>OGRAFI</b> <small>PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO</small>	<b>DEPARTAMENTO</b> DISCAPACIDAD
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> MARIA ELENA DIAZ	<b>DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN</b> MARTES DE 17:30/17:30HRS	<b>FECHA DE TERMINO</b> 29-11-2025		<b>INSCRIPCIÓN MINIMA</b> 12

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES SESIONES FECHA	AGOSTO												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICAD O MEDICO		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1	16007411-6	ARANCIBIA ALDUNATE FELIPE	0	1	1	1	1	1									NO	SI
2	16608448-2	RVALLO CARVALLO SEBASTIAN	0	0	0	0	0	0									NO	SI
3	18166033-3	LOYOLA NAVEAS RAFAEL	0	0	0	0	0	0									NO	SI
4	15384358-9	MORENO OLIVARES JUAN PABLO CARMELO	0	Justifica	1	1	1	Justifica									NO	SI
5	17601415-6	SANGUINETTI ACEVEDO FILIPPO	Justifica	Justifica	1	Justifica	Justifica	Justifica									NO	SI
6	13307121-0	SLIGHT WENZEL VALERIE JANE	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica									NO	SI
7	20445112-5	ULLOA CORREA MACARENA	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica									NO	SI
8	28543809-8	WOCIA WOCIA IVANA RUTH	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica									NO	SI
9	15715834-1	YANZON DEL RIO FABIAN	Justifica	Justifica	1	0	1	Justifica									NO	SI
10	21247270-0	JORQUERA VICENTE	0	1	0	1	0	1									NO	SI
11	17697821-K	COSTELLA FERNANDA	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica									NO	SI
12	16079859-9	RIOBO GUERRERO CAMILA	0	0	0	0	0	0									NO	SI
13	15385089-5	Cristian Grundwall	1	1	Justifica	Justifica	Justifica	Justifica									NO	SI
14	15340829-7	GUTIERREZ ROBLES PAULETTE ANDREE	1	Justifica	1	Justifica	1	Justifica									NO	SI
15	24294741-k	BUITRAGO MEDINA JAVIER DAVID	0	Justifica	0	Justifica	Justifica	Justifica									NO	SI
16	18634697-1	GRUNWALD ORTIZ ALEXANDRA ISIS	Justifica	1	1	1	1	Justifica									NO	SI
17			0	0	0	0	0	0									NO	SI
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

<b>ASISTENCIA POR SESIÓN</b>	0	2	4	6	4	5	2	0	0	0	0	0
<b>N° CLASES EFECTUADAS EN EL MES</b>												
<b>PROMEDIO DE ASISTENCIA</b>	7											
	3											

OBSERVACIONES: ESTUDIANTES CON LICENCIAS MÉDICAS, SE ENCUENTRAN 4 ESTUDIANTES CON LICENCIA DE OPERACIONES BASTANTES EXTENSAS.pADRES MAYORES QUE POR FRÍO PREFIEREN

  
 FIRMA DEL PROFESOR

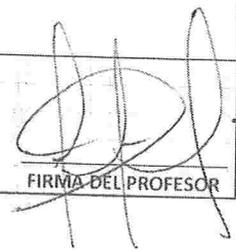
**PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA TALLERES RECREATIVOS DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD**

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> EQUIP. NATACION	<b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b> SPA EL ALBA	<b>FECHA DE INICIO</b> 22-03	<b>OGRAMA</b> <small>PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS POR ESTABLECIMIENTO</small>	<b>DEPARTAMENTO</b> DISCAPACIDAD
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> MARÍA ELENA DÍAZ	<b>DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN</b> SABADO 13/14HRS	<b>FECHA DE TERMINO</b> 29-11-2025		<b>INSCRIPCIÓN MINIMA</b> 12

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES SESIONES FECHA	AGOSTO												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICAD O MEDICO			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
1	15363922-1	ALEXANDROVIC VAISMAN DAVID		02-08	09-08	16-08												NO	SI
2	16096589-4	CARRASCO CACERES PATRICIA PAZ VERONIC		Justifica	1	1	0	0	0	0								NO	SI
3	19893535-2	CONCHA BRAVO MANUEL ANDRES		0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
4	20538854-0	DOMIC MONTECINOS MARCELO		0	1	Justifica	0	0										NO	SI
5	19306511-2	FADIC GARAY ROSARIO		0	1	Justifica	0	0	0									NO	SI
6	9587018-K	RAMIREZ LOPEZ DANIZA DEL CARMENM		Justifica	Justifica	Justifica	0	0	0									NO	SI
7	18634697-1	GRUNWALD ORTIZ ALEXANDRA ISIS		0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
8		GONZALEZ CASTRO CRISTOBAL		0	1	0	0	0	0	0								NO	SI
9				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
10				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
11				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
12				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
13				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
14				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
15				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
16				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
17				0	0	0	0	0	0	0								NO	SI
18																		NO	SI
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

ASISTENCIA POR SESIÓN	0	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° CLASES EFECTUADAS EN EL MES	7														
PROMEDIO DE ASISTENCIA	1														

OBSERVACIONES: ESTUDIANTES CON LICENCIAS MÉDICAS POR RESFRIÓS .

  
 FIRMA DEL PROFESOR

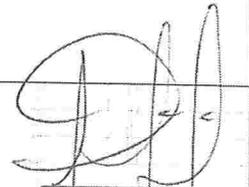
**PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA TALLERES RECREATIVOS DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD**

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> NATACION BÁSICO	<b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b> SPA EL ALBA	<b>FECHA DE INICIO</b> 22-03	<b>OGRAMA</b> PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS DE DISCAPACIDAD	<b>DEPARTAMENTO</b> DISCAPACIDAD
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> MARÍA ELENA DÍAZ	<b>DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN</b> SABADO 14/15HRS	<b>FECHA DE TERMINO</b> 29-11-2025		<b>INSCRIPCIÓN MINIMA</b> 12

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES SESIONES FECHA	AGOSTO												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICAD O MEDICO		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
				02-08	09-08	16-08												
1	25432558-9	RIQUELME OSSES SOL MARTINA		Justifica	1	Justifica	0	0	0								NO	SI
2	25790958-1	CORDOVA PAINEN FELIPE ALONSO		1	1	1	0	0	0								NO	SI
3	25232694-4	DONOSO GALVEZ JUAN IGNACIO		0	0	0	0	0	0								NO	SI
4	25749421-7	FERNANDEZ BREIDING TOMAS FRANCISCO		0	1	1	0	0									NO	SI
5	24026919-8	PLAZA CESPEDES CRISTOBAL GUILLERMO		0	0	0	0	0	0								NO	SI
6	26042838-9	RIFFO MELO CARLOS		ELIMINADO	ELIMINADO	ELIMINADO	0	0	0								NO	SI
7	26826130-3	TAPIA CORREA SEBASTIAN ALONSO		0	0	0	0	0	0								NO	SI
8	23415320-K	TRAPP THOMES COLOMBA ALEXANDRA		1	1	1	0	0	0								NO	SI
9	24007427-3	VALVERDE DONAIRE GABRIEL		1	1	1	0	0	0								NO	SI
10	23646496-2	IGNACIA SEPULVEDA		0	1	1	0	0	0								NO	SI
11	25546173-7	MIRAMIRA VILCAPOMA CRISTOBAL ALEXIS		0	1	1	0	0	0								NO	SI
12	26018701-5	HERNANDEZ MORALES SEBASTIAN GABRIEL		0	1	1	0	0	0								NO	SI
13	25828560-3	SANTIBAÑEZ CARRION BENJAMIN IGNACIO		0	1	1	0	0	0								NO	SI
14	25755920-3	LACOS CORTES JORGIN IGNACIO		0	0	0	0	0	0								NO	SI
15	26875015-8	AGUILAR RUIZ WINNELLA SEINEDY		0	0	0	0	0	0								NO	SI
16	26650118-9	HERNANDEZ VALDERRA GASPAR		0	1	1	0	0	0								NO	SI
17	21828608-9	VERGARA GUZMAN FRANCISCO JOSE	0	0	1	1	0	0	0								NO	SI
18	25755920-3	LACOS CORTES JORGIN IGNACIO		0	1	1											NO	SI
19	25755920-3	LACOS CORTES JORGIN IGNACIO		0	Justifica	Justifica											NO	SI
20	24726429-7	SANDOVAL PARRA JORE TOMAS		0	1	1											NO	SI
21																	NO	SI
22																		
23																		
24																		
25																		

<b>ASISTENCIA POR SESIÓN</b>	0	3	13	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>N° CLASES EFECTUADAS EN EL MES</b>	7												
<b>PROMEDIO DE ASISTENCIA</b>	4												

OBSERVACIONES: ESTUDIANTES CON LICENCIAS MÉDICAS POR RESFRÍOS .SEMANA DE VACACIONES D EINVIERNO.

  
 FIRMA DEL PROFESOR

**PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA TALLERES RECREATIVOS DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD**

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> NATAACION BASICO	<b>LUGAR DE EJECUCION</b> SPA EL ALBA	<b>FECHA DE INICIO</b> 22-03	<b>OGRAN</b>	<b>DEPARTAMENTO</b> DISCAPACIDAD
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> MARIA ELENA DIAZ	<b>DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN</b> SABADO 14/15HRS	<b>FECHA DE TERMINO</b> 29-11-2025	<small>PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS DEL DEPARTAMENTO</small>	<b>INSCRIPCIÓN MINIMA</b> 12

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MES SESIONES FECHA	AGOSTO												ADULTO MAYOR (si / no)	CERTIFICAD O MEDICO		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
				02-08	09-08	16-08												
1	18463754-5	MORALES CADIZ IGNACIO ALEJANDRO		0	1	0	0	0	0	0							NO	SI
2	23001599-6	RIVAS UGARTE SANTIAGO IGNACIO		0	1	0	0	0	0	0							NO	SI
3	14252393-0	SMITH ROBINSON MAUREEN		0	1	0	0	0	0	0							NO	SI
4	8005236-7	STIER PINO PEDRO		Justifica	1	Justifica	0	0	0	0							NO	SI
5	28543809-8	WOCA WOCA IVANA RUTH		1	1	1	0	0	0	0							NO	SI
6	20954611-8	SCHLIEBENER CONTRERAS CAMILA		1	Justifica	Justifica	0	0	0	0							NO	SI
7				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
8				0	1	0	0	0	0	0							NO	SI
9				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
10				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
11				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
12				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
13				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
14				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
15				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
16				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
17				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
18				0	0	0	0	0	0	0							NO	SI
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

<b>ASISTENCIA POR SESIÓN</b>	0	2	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>N° CLASES EPECTUADAS EN EL MES</b>	7													
<b>PROMEDIO DE ASISTENCIA</b>	1													

OBSERVACIONES: ESTUDIANTES CON LICENCIAS MÉDICAS POR RESFRIÓS .SEMANA DE VACACIONES D EINVIERNO.

  
 FIRMA DEL PROFESOR

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

