

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

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

Nombre	GARDERES RIVERA MARIA BELEN		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

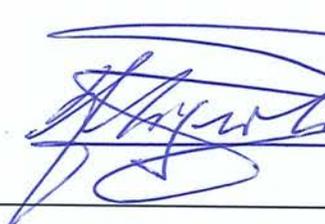
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	EJERCICIOS DE ACTIVACION POSTURAL Y ABDOMINAL	LUN 16:00-17:00	VIE 16:30-17:30	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	10
T.2	GIMNASIA KINESICA	MIE 15:00-16:00	VIE 15:00-16:00	MONROE 8484	1
T.3	MOVIMIENTO CON SENTIDO	MIE 18:30-20:30	---	MONROE 8484	3
T.4	MOVIMIENTO CON SENTIDO	VIE 09:30-11:30	---	MONROE 8484	5
T.5	MOVIMIENTO CON SENTIDO	MIE 16:15-18:15	---	MONROE 8484	2

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizan ejercicios de movilidad articular y de fortalecimiento muscular analítico con bandas elásticas y/o pesas, ejercicios funcionales para mejorar balance estático y dinámico, enfatizando el entrenamiento de la marcha.
T.2	Se realizan ejercicios de movilidad articular y fortalecimiento muscular con balones, enfatizando la musculatura de tren inferior, el control lumbo-pélvico y el balance estático y dinámico.
T.3	Se realiza trabajo de creación e improvisación en parejas y tríos, explorando contrastes en cuanto a cualidades de movimiento, trayectorias espaciales y formas de relacionarse desde el contacto y los ritmos compartidos.
T.4	Se realiza trabajo de creación e improvisación en parejas y grupos, enfocado en explorar distintas cualidades y temporalidades. Se investigan formas de contacto variadas, enfatizando los ritmos compartidos y la creatividad colectiva.
T.5	Se realiza trabajo con ritmos diversos, enfocado en el trabajo de memoria corporal (aprendizaje de secuencias), incorporando además ejercicios de fortalecimiento muscular, flexibilidad global, coordinación ipsi/contra lateral y polirritmias.

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. GARDERES RIVERA MARIA BELEN, 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. GARDERES RIVERA MARIA BELEN .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año



2. Planillas Asistencia T2 - GIMNASIA KINESICA

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: GIMNASIA KINESICA; LUGAR DE EJECUCION: W HORRONTES APOQUINDO

NOMBRE DEL PROFESOR: DELIA GARAYTES; DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: MIE / VIE 15:00 - 16:00

Table with columns for beneficiary names and dates from 1 to 25. Includes names like VANIA CASTILLO, MA ARIANA FUENTES, etc.

Nº DE ASISTENTES POR SESION; MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES; MARQUE CON UN "S" (SI/NO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES; MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

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

Attendance grid with columns for dates 21-40 and rows for beneficiaries. Includes a summary row at the bottom with counts.

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

Handwritten notes: 'reprogramado para el 5/16', 'verificar', and a signature 'Delia' with 'FIRMA PROFESOR' below it.



5. Planillas Asistencia T5 - Movimiento con Sentido (Miércoles 16.15 - 18.15)

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Movimiento con sentido LUGAR DE EJECUCIÓN: J.V. Horizontales de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR: Belen Gardes DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: miércoles 16:15 - 18:15

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SEXO	EDAD	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8	MONICA CASTAN			P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J
9	LENY MENNOZ			P	J	J	J	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J
10																						
11	WALTER TOVAR											P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
12	ORUZ PIREZ											J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
13	SARA FLORES (m)											P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN: 2100

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "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: 02-04-2025 DEPARTAMENTO: _____ INSCRIPCIÓN MÍNIMA: 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO: 30-11-2025 PROGRAMA: _____

	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																					
22																					
23																					
24																					
25																					

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


 FIRMA PROFESOR