

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GOMEZ DEL FIERRO MARIA FERNANDA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	MIE 17:00-18:00	VIE 17:00-18:00	LA RABIDA 5300	6
T.2	PILATES	MIE 11:30-12:30	VIE 09:00-10:00	GLAMIS 3404	3
T.3	PILATES	MAR 17:30-18:30	JUE 16:00-17:00	LA RABIDA 5300	6
T.4	PILATES	MAR 19:30-20:30	JUE 19:30-20:30	PAUL HARRIS 2111	5
T.5	PILATES	MAR 12:00-13:00	JUE 12:00-13:00	ROSA OHIGGINS 54	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Hemos trabajado el cuerpo completo integrando los principios fundamentales del método: respiración, concentración, fluidez, control, precisión y centro. Utilizando diferentes implementos - bandas elásticas, mancuernas, balones, aros y más- que nos han permitido desafiar el equilibrio, la fuerza y la coordinación.
T.2	Hemos trabajado el cuerpo completo integrando los principios fundamentales del método: respiración, concentración, fluidez, control, precisión y centro. Utilizando diferentes implementos - bandas elásticas, mancuernas, balones, aros y más- que nos han permitido desafiar el equilibrio, la fuerza y la coordinación.
T.3	Hemos trabajado el cuerpo completo integrando los principios fundamentales del método: respiración, concentración, fluidez, control, precisión y centro. Utilizando diferentes implementos - bandas elásticas, mancuernas, balones, aros y más- que nos han permitido desafiar el equilibrio, la fuerza y la coordinación.
T.4	Hemos trabajado el cuerpo completo integrando los principios fundamentales del método: respiración, concentración, fluidez, control, precisión y centro, que nos han permitido desafiar el equilibrio, la fuerza y la coordinación logrando un trabajo integral que fortalece u alinea todo el cuerpo.
T.5	Hemos trabajado el cuerpo completo integrando los principios fundamentales del método: respiración, concentración, fluidez, control, precisión y centro. Utilizando diferentes implementos - bandas elásticas, mancuernas, balones, aros y más- que nos han permitido desafiar el equilibrio, la fuerza y la coordinación.

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. GOMEZ DEL FIERRO MARIA FERNANDA, 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. GOMEZ DEL FIERRO MARIA FERNANDA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

2025

de

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
PILATES

LUGAR DE EJECUCION
J.V. LOS DESCUBRIDORES LA RANCHA 5-700

NOMBRE DEL PROFESOR
MARIA FERNANDA GARCIA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
miercoles y viernes 17:00 hrs

	NOMBRE 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
				18/03	21/03	26/03	28/03	02/04	04/04	08/04	11/04	16/04	23/04	25/04	30/04	06/05	14/05	16/05	23/05	28/05	30/05	04/06	06/06
1	MARIA JOSE NOVOA	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
2	ANNE MARIE FRITSCH	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3	ANITA MARIN	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	WZ SKOTZKE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	PATRICIA VON	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	ALEXANDRA GSCHWIND	P	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7	BEATRIZ MARLE	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	MARIA OLIVIA SANCHEZ	J	P	J	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9	XIRENA MORALES	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	ALBERTO CALDERON	/	/	/	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
11	CECILIA TORRES																						
12	RONICA TRUJILLO																						
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION 6 4 5 6 3 3 6 7 5 6 4 7 6 5 5 3 7 6 6 6

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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19-03	DEPORTE
F. TERMINO	PROGRAMA

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

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
PILATES

LUGAR DE EJECUCION
J.V. GOLF NORTE / GLADES 3404

NOMBRE DEL PROFESOR
DARCA FERNANDA GÓMEZ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
miércoles 11:30 / viernes 09:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N Ú M E R O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			F E C H A																			
1 MARIA ANGELICA TANARTU			02-04	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2 ANA DARCA ARDREZ			04-04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 PATRICIA LOHSE			04-04	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4 CAROLINA JEANNERET			11-04	J	P	J	P	J	J	J	P	J	P	J	P	J	J	P	J	P	J	P
5 JOSEFINA DEL PINO			16-04	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6 CONSTANZA DE FERRAZ			22-04	J	J	J	P	J	J	P	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J
7 CECILIA BARRON			25-04	J	J	J	J	P	P	J	J	P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	J
8 PATRICIA TORRES			30-04	J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J
9 DOMINIQUE			02-05																	P	J	J
10 CECILIA BLAT			07-05																			
11			09-05																			
12			14-05																			
13			16-05																			
14			23-05																			
15			28-05																			
16			30-05																			
17			04-06																			
18			06-06																			
19			11-06																			
20			13-06																			
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION 3 3 4 5 2 3 3 1 4 3 4 3 5 3 3 5 3 3 4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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
02-04	DEPARTES
F. TERMINO	PROGRAMA

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

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
PILATES

LUGAR DE EJECUCION
V. LOS RESURRADOS LA RABIDA 5.300

NOMBRE DEL PROFESOR
MARIA FERNANDA GOMEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES 17:30-18:30 / JUEVES 16:30-17:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			18-10-03	20-10-03	25-10-03	27-10-03	01-11-04	03-11-04	08-11-04	10-11-04	15-11-04	17-11-04	22-11-04	24-11-04	29-11-04	06-12-04	08-12-04	13-12-04	15-12-04	20-12-04	22-12-04	24-12-04
1. REBECCA FERNANDEZ	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. ALEJANDRO GUTIERREZ	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. REBECCA PEREZ	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. GUILLERMO YANKOWIC	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. RONICA TRUJILLO	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. PATRICIA DELA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. VICTORIA BARCELA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. ANA ROSA BACER	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. CLARA GONZALEZ	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. JANDRA ELIZABETH	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. MARIA LIA SILVA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12. MARIA ELENA CONTRERAS	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13. RAFAEL	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14. GILIANA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
22.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
24.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Nº DE ASISTENTES POR SESION
4 3 5 3 5 5 7 7 3 1 5 3 3 5 6 9 5 4 8

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.

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
DEPORTES
PROGRAMA

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

[illegible]

FIRMA PROFESOR

	3	4	4	+	8	5	6	8	6	4	6	8	6	+	5	6	6	3	8				
--	---	---	---	---	--------------	--------------	--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------	--	--	--	--

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
P. VATES	CONDOMINIO LA CONCORDIA 5

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
DARLA FERNANDA GOMEZ	martes y JUEVES 19:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				M 01-03	02-03	03-03	04-03	05-03	06-03	07-03	08-03	09-03	10-03	11-03	12-03	13-03	14-03	15-03	16-03	17-03	18-03	19-03	20-03
1	STEPHAN MARCON	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	DERY SIENES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	CLAUDIA ALTAMIRANO	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	DOMICA VIM	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	ISIDORA ROJAS	P	J	J	J	P	J	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6	LUZ GONZALEZ	P	J	J	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	JOCELYN DIAZ	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8	DARLENE VENEZAS	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	INES RODRIGUEZ	J	J	J	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P
10	TARELLA MARQUEZ	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
11	GABRIELA VATA																						
12	CECILIA MONA																						
13	JACQUELINE ALONSO																						
14	VIVIANA ORTEGA																						
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	6	3	5	5	7	5	8	5	6	6	6	5	4	6	5	6	5	5	7	5
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

PROGRAMA

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

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
PILATES

LUGAR DE EJECUCION
S.V. LA GLORIA / ROSA O'Higgins 54

NOMBRE DEL PROFESOR
MARTA FERNANDA GONZALEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ABR 12 JOE 12

NOMBRE 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
			18-03	20-03	25-03	27-03	01-04	03-04	08-04	09-04	15-04	17-04	22-04	24-04	29-04	06-05	08-05	13-05	15-05	20-05	22-05	27-05
1 CAROLINA BETANCOURT	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 MARIA ELENA GOYCOLEA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 MARTA PALDO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 INES VILLANUEVA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 ORLETTA ESPINOSA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 CARMEN PEREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ILDE TRUSILLO	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8 JUANA VALDES	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 PAULINA VENEGAS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION
6 6 6 5 4 6 6 4 6 4 4 4 5 6 5 5 3 6 6 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 PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
18-03

DEPARTAMENTO
DEPORTES

F. TERMINO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR