



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	MELLADO ARAYA CLAUDIA ANDREA		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	GIMNASIA ADULTO MAYOR	LUN 10:00-11:00	MIE 10:00-11:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	13
T. 2	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 08:30-09:30	JUE 08:30-09:30		7
T. 3	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 10:00-11:00	JUE 10:00-11:00		8
T. 4	GIMNASIA MANTENCION	MAR 12:15-13:15	JUE 12:15-13:15		7
T. 5	GIMNASIA MANTENCION	MAR 13:30-14:30	JUE 13:30-14:30		5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las alumnas han trabajado la elasticidad muscular con bandas elasticas, acompañado de un trabajo aerobico.
T.2	Las participantes han realizado ejercicios de cardio junto con un trabajo de movilidad articular.
T.3	Las alumnas han trabajado el fortalecimiento muscular con bandas elasticas y aumento de la capacidad respiratoria.
T.4	Se ha trabajado la elongación articular y fortalecimiento de la capacidad aerobica.
T.5	Las alumnas han fortalecido la flexibilidad con bandas elasticas, acompañado de un trabajo aerobico.

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. MELLADO ARAYA CLAUDIA ANDREA, 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 Sr.a./Sr. MELLADO ARAYA CLAUDIA ANDREA .

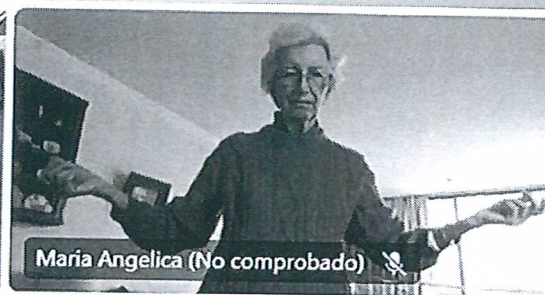
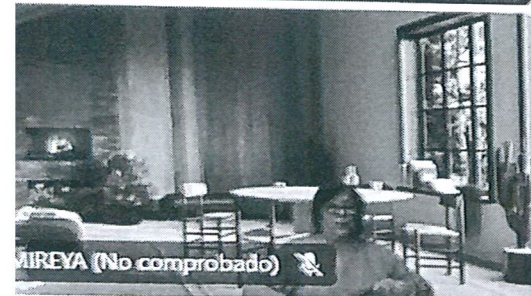
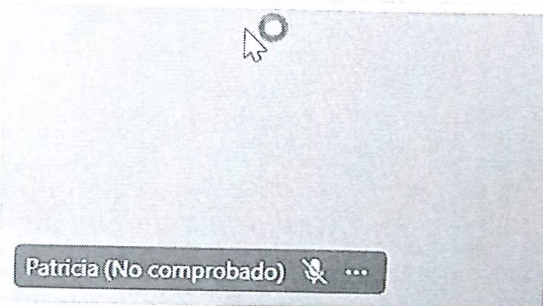
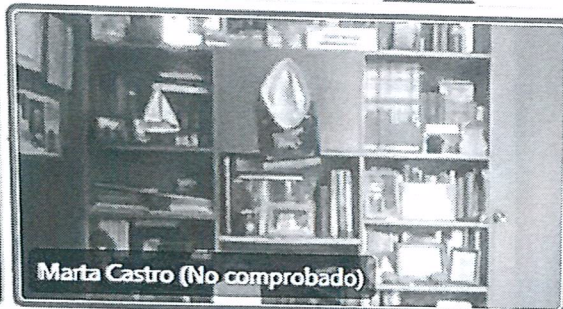
Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

Búsqueda (Ctrl+Alt+E)

Primer plano Chat Gente 13 Participar Reaccionar Vista Notas Aplicaciones Más

Cámara Micro Compartir Salir



< 1/2 >

Participantes

Escribe un nombre

Compartir invitación

- MA Maria Angelica (No comprobado)
- ME marisol espinosa (No comprobado)
- MC Marta Castro (No comprobado)
- M MIREYA (No comprobado)
- P Patricia (No comprobado)
- V violena (No comprobado)
- V Violeta (No comprobado)
- WC wanda canales (No comprobado)

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Gimnasio Adult Mayor

LUGAR DE EJECUCION

Sta. Zita

NOMBRE DEL PROFESOR

Claudia Mellado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Marter y Jueves 8:30 a 9:30 hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	FECHA	5-8-25	7-8-25	12-8-25	14-8-25	19-8-25	21-8-25	26-8-25	2-9-25	4-9-25	9-9-25	11-9-25								

Alina Burgos	P	J	P	P	J	P														
Maria Catalon	P	P	P	P	P	P														
Alfredo Geisel	P	P	P	P	P	P														
Carmen Guerrero	P	P	P	P	P	P														
Rosa Hormazabal	J	J	P	P	J	P														
Vialda Zeina	P	P	P	P	P	P														
Monica Parra Guiz	P	P	P	P	P	P														
1a Aurora Romero	P	P	P	P	P	P														
Carmen Sibach	J	J	J	J	P	J														

STENTES POR SESION

E CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

E CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

E CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

Á SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AÉROBOX. EL CERTIFICADO DEBERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO

PLANILLA CONTROL

LUGAR DE EJECUCION

Diagonia

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	
Martes y Jueves	10:00 a 11:00 hrs

[illegible][illegible]

CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE SOLICITA CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN CLASES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. EL ASISTENTE SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Gimnasia Montecarlo

LUGAR DE EJECUCION

UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR

Claudia Mellado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes y Jueves 12:15 a 13:15

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

5-8-25

7-8-25

12-8-25

14-8-25

19-8-25

21-8-25

26-8-25

28-8-25

1 Sonia Aparicio

2 Olga Jara

3 Elizabeth Blasco

4 Sonia Diaz

5 Ma Angelica Correa

6 Elsa Sepulveda

7 Judith Meza

8 Concepcion Barcelo

9 Amparo Solen

10 Silvia Martinez

11 Carlos Gonzalez

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1º 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

Gimnasias Mantenencia

LUGAR DE EJECUCION

UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR

Claudia Melles

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Marzo y Jueves 13:30 a 14:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	5-8-25	7-8-25	12-8-25	14-8-25	19-8-25	21-8-25	26-8-25	28-8-25												

1	Maria Concha	P	J	P	J	P	P														
2	Albina Escobar	P	P	P	P	P	P														
3	M ^a Ynes Lannon	J	J	P	P	P	J														
4	M ^a Cristina Dittborn	J	J	J	J	J	J														
5	M ^a Josefa Ossandon	J	J	J	J	J	J														
	Laura Tollmann	P	P	P	J	J	P														
	Bertha Prieto	J	J	P	P	P	P														
	Yaret Rojas	P	P	P	P	P	P														
	Laura Rodriguez	J	J	P	P	P	P														

STENTES POR SESION

E CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
E CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
E CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

Á SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN
LLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
IMIENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.