

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

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

Nombre	MORALES AGUILERA MARIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA BASICO	LUN 11:30-12:30	MIE 11:30-12:30	[REDACTED]	8
T.2	YOGA BASICO	MAR 15:30-16:30	JUE 15:30-16:30	[REDACTED]	5
T.3	YOGA BASICO	LUN 19:00-20:00	MIE 19:00-20:00	[REDACTED]	5
T.4	YOGA BASICO	LUN 20:10-21:10	MIE 20:10-21:10	[REDACTED]	5
T.5	YOGA BASICO	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se hacen posturas con ayuda de bastones para así, lograr una mayor elongación y trabajo muscular. También se hacen variantes del Saludo de la Luna, adecuándolos a las necesidades de las alumnas
T.2	Se les enseña a coordinar la respiración con los movimientos de una secuencia ej. Saludo del Sol. Además, se hacen variantes de una misma postura para lograr un trabajo más completo a nivel muscular.
T.3	Se han realizado posturas de movilidad, equilibrio y fortalecimiento muscular, además se ha trabajado con ejercicios para los ojos para mejorar la vista periférica junto con mudras (gestos que se hacen con los dedos de las manos que estimulan órganos) como el Apan Mudra.
T.4	Se les enseña distintos tipos de respiración, incluyendo retención con pulmones llenos y pulmones vacíos ej. Respiración victoriosa, respiración anuloma viloma, etc. Mejorando así todos los sistemas del cuerpo
T.5	Se realizan nuevas secuencias con las posturas realizadas en la clase; para así promover la coordinación, elongación y mejorar la memoria y concentración.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

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	MORALES AGUILERA MARIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	YOGA BASICO	MAR 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30	████████████████████	6
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se trabaja con posturas energéticas, mudras que activan riñones y respiraciones principalmente para la estación de invierno, para lograr un bienestar en los alumnos
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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. MORALES AGUILERA MARIA, 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.

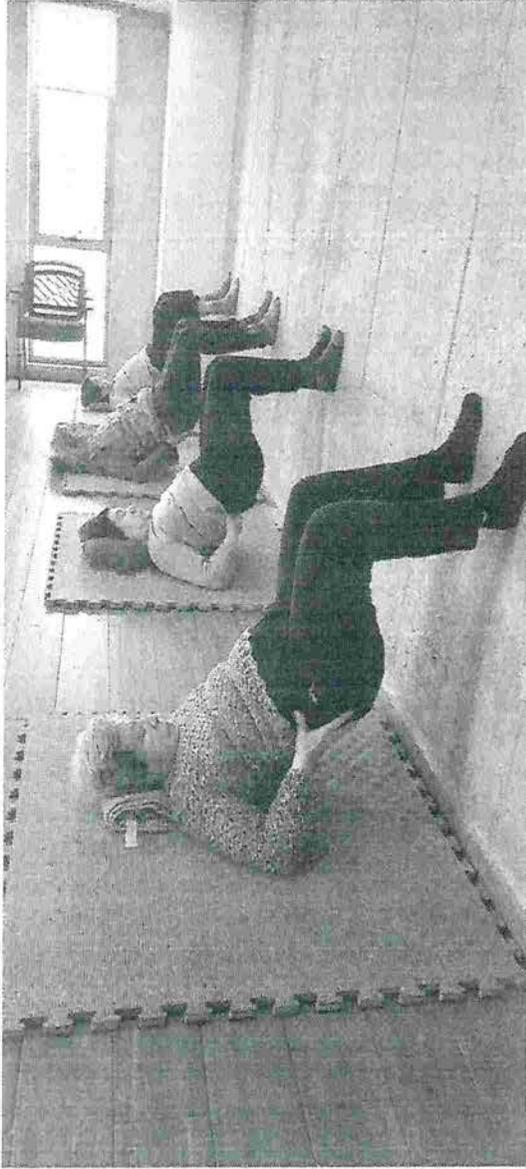
Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en 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. MORALES AGUILERA MARIA.

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

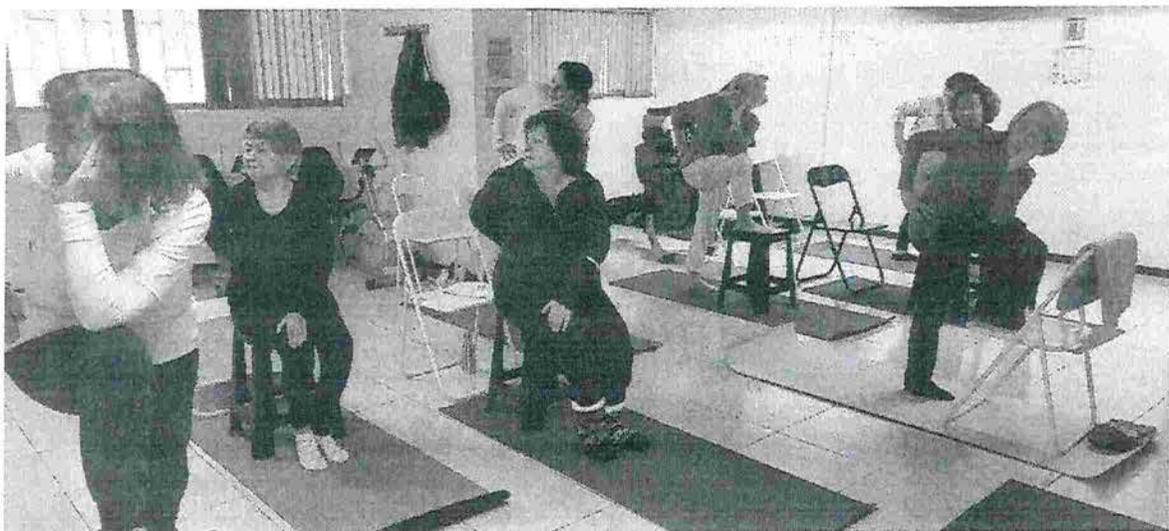
Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

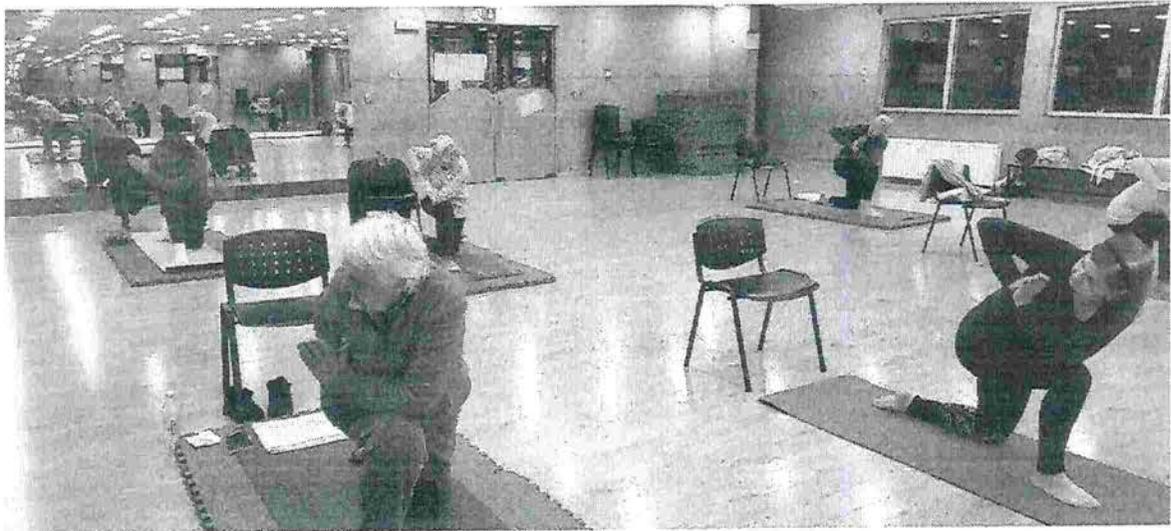
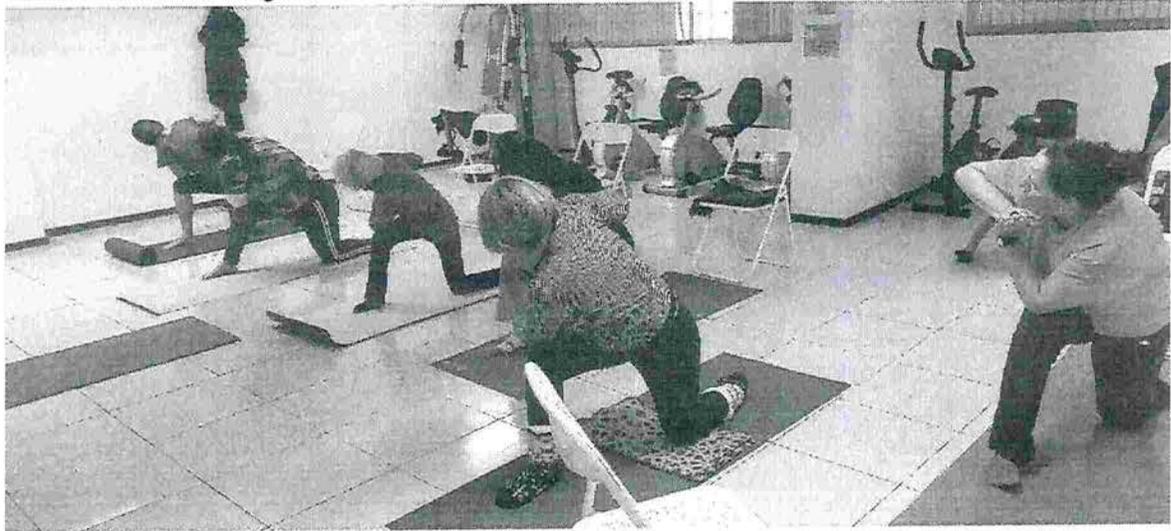


Centro Comunitario Santa Zita, martes y jueves de 11:30 a 12:30 horas.



Tomas Moro – Fleming Torre 4 zócalo lunes y miércoles 11:30 a 12:30 horas.

Tomas Moro – Fleming Torre 4 zócalo martes y jueves 15:30 a 16:30 horas



Comunitario Padre Hurtado, lunes y miércoles de 19:00 a 20:00 horas.

# PLANILLA CONTROL

**NOMBRE DEL TALLER**  
Yoga

**LUGAR DE EJECUCION**  
Tomas Tomas Torro Fleming. T-4 zócalo

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
María Morales A

**DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER**  
Lunes y Jueves 11:30 - 12:30.

N	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta).																			
1		19/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2		20/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3		24/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4		26/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5		31/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6		02/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7		07/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8		08/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9		09/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10		10/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11		11/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12		12/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13		13/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

SUSPENSOS

**N° DE ASISTENTES POR SESION** 19 15 9 7 3 8 8 5 7 9 5 6 8 5 14 8 11 0

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.



# PLANILLA CONTROL

**NOMBRE DEL TALLER**  
*Yoga*

**LUGAR DE EJECUCIÓN**  
*Tomas Flores Fleming 14 zocalo*

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
*Maria Floransa*

**DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER**  
*LUNES Y MIÉRCOLES 11:30 - 12:30*

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			1 <i>Flore Valenzuela</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P													
2 <i>BEATRIZ UNANUE</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
3 <i>MS TERCEVES AZARONA</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
4 <i>MARCELA TUNTO</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
5 <i>JEXICA BARRANOS</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
6 <i>MARILIANNE LEZARCANU</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
7 <i>ROSARIO POYLA</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
8 <i>MARTA ALZUSO</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
9 <i>CARMEN PALMA</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
10 <i>EUCENIA VALUNA</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
11 <i>JOLANDA LEON</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
12 <i>ANA ROJAS</i>		<i>11/05/18</i>	P	P	P	P																
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

**Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN** *11/05/18*

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (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.

# PLANILLA CONTROL

**NOMBRE DEL TALLER**  
Yoga

**LUGAR DE EJECUCIÓN**  
CARRAS PUERTO-ALEXANDER T. 4 LOCAL

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
KARINA MORALLA A

**DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER**  
MARTES Y JUEVES 15:30 - 16:30

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																					
		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1 MARCELA MONTES			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
2 PATRICIA RONJA			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3 ELIZABETH LAQUE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 MARILIANNE REPARCETTI			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 ANGELOICA LAIZ			P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6 CARMEN FLORIDO			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7 CLAUDIA CONTRERAS			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8 JESUS VIGIL										J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9 MARCELA SANO																						P	P
10 ANA ROJAS																							
11 VALENTINA JULIO																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

<b>Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN</b>	3	3	3	3	3	3	3	5	4	5	6	3	3	3	3	4	2	3	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES  
 MARQUE CON UN "I" (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.



# Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: YOGA

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio: 11/03/20

Profesor: María Morales A

Día - Horario: VIERNES Y MIÉRCOLES 19.00 - 20.00.

Termino: Nov 30

N°	Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos																	17	18
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
1	MÓNICA GARCIA	P	J	J	P	J												1	
2	MÓNICA JARROUETTE	/	/	/	/	/												2	
3	KAREN MORAN	P	J	J	J	P												3	
4	CARMEN PEÑA	P	J	J	J	J												4	
5	SANDBA PEREZ	P	P	P	J	P												5	
6	JIMENA QUEZADA	P	P	P	P	J												6	
7	ENRIQUE QUIROGA	P	J	J	J	J												7	
8	FABIOLA QUIROGA	P	J	P	P	P												8	
9	ELSA CARIBENAS	J	P	P	P	J												9	
10	MELISA TORRES	P	P	J	J	J												10	
11																		11	
12																		12	
13																		13	
14																		14	
15																		15	
16																		16	
17																		17	
18																		18	
19																		19	
20																		20	
21																		21	
22																		22	
23																		23	
24																		24	
25																		25	
26																		26	
27																		27	
28																		28	

N° Asistentes por sesión	8	4	4	4	4															
% Asistencia por sesión																				
% Promedio asistencia acumulado																				

Marque con una "P" si alumno asistió a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia  
 Marque con un "/" si alumno no asistio a clase:

# Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: YOGA

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio: 17/03/20

Profesor: María Morales A

Día - Horario: LUNES y MIÉRCOLES 20.10-21.10

Termino: Nov

	Nombre y Apellidos ( Favor de usar letra imprenta ) Solo alumnos inscritos																17	18
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
1	Ma Angelica Alvarado	H	P	P	J	H											1	
2	Felipe Alvarado	P	P	H	J	P											2	
3	Gregorio Alvarado	J	H	H	H	H											3	
4	Alicia Azaya	H	H	P	J	H											4	
5	Lucia Campos	J	P	P	J	P											5	
6	Ernestina Fajardo	P	P	P	P	P											6	
7	Tamara Hernandez	P	P	P	P	H											7	
8	Valeria Lizama	J	J	J	J	J											8	
9	Pedro Parales	P	J	P	H	J											9	
10	Ma Angelica Parales	P	J	P	J	J											10	
11																	11	
12																	12	
13																	13	
14																	14	
15																	15	
16																	16	
17																	17	
18																	18	
19																	19	
20																	20	
21																	21	
22																	22	
23																	23	
24																	24	
25																	25	
26																	26	
27																	27	
28																	28	

N° Asistentes por sesión	5	5	7	5	3											
% Asistencia por sesión																
% Promedio asistencia acumulado																

Marque con una "P" si alumno asistio a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia  
 Marque con un "I" si alumno no asistio a clase:

# PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
**YOGA**

LUGAR DE EJECUCIÓN  
**Comunario Sta. Zita**

NOMBRE DEL PROFESOR  
**Maria Morales A**

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
**MIÉRCOLES Y VIERNES 10-15-11-15 hrs**

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	<b>PATRICIA ALVAREZ</b>	P	P	P	P	P	P															
2	<b>Isabel Aravena</b>	P	P	P	P	P																
3	<b>CAROLINA MORENO</b>	P	P	P	P	P																
4	<b>NORY PEREZ</b>	P	P	P	P	P																
5	<b>LIZIAM BOTO</b>	P	P	P	P	P																
6	<b>MARLEN VEGA</b>	P	P	P	P	P																
7	<b>CARMEN SALINAS</b>	P	P	P	P	P																
8	<b>MIRTHA PINO</b>	P	P	P	P	P																
9	<b>Jacqueline Calderon</b>	P	P	P	P	P																
10	<b>Teresa Garrido</b>	P	P	P	P	P																
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN				5	6	7	8	5														

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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**  
*Yoga*

**LUGAR DE EJECUCIÓN**  
*Comunitario Sta Rita*

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
*Maria Morales A*

**DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER**  
*Viernes y Jueves 11-30 - 12-30 hrs*

N°	SESIONES	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1		ANA BARO	P	P	P	P																		
2		FRANCISCO EQUIGORDA	S	P	P	P																		
3		LIDIA GARCIA	S	P	P	P																		
4		M <sup>ra</sup> ELENA CORDERO	P	P	P	P																		
5		MARCELA ROMERO	P	P	P	P																		
6		M <sup>ra</sup> LORISO UGARTE	S	P	P	P																		
7		JAIRES SALDIA	S	P	P	P																		
8		AUROPA LABRA	S	P	P	P																		
9		MARTA WONG	S	P	P	P																		
10		ELIANA UEGAS	S	P	P	P																		
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
<b>N° DE ASISTENTES POR SESIÓN</b>			3	3	7	8	8																	

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA " J " SI EL 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.