

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

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

<b>Nombre</b>	<b>NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA</b>		
<b>RUT</b>	[REDACTED]	<b>Período del Contrato</b>	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	LUN 09:00-10:00	VIE 09:00-10:00	[REDACTED]	9
T.2	PILATES	LUN 10:15-11:15	VIE 10:15-11:15	[REDACTED]	8
T.3	PILATES	MAR 10:30-11:30	JUE 10:30-11:30	[REDACTED]	4
T.4	PILATES	MAR 18:30-19:30	JUE 18:30-19:30	[REDACTED]	5
T.5	PILATES	LUN 11:30-12:30	VIE 11:30-12:30	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajo: día lunes tren inf con roller abdominales, piernas, elongaciones con ladrillo trabajo día viernes tren superior material mancuernas trabajo de brazos espalda y elongación con aro
T.2	Trabajo día lunes tren inf material roller tobilleras, abdominales, piernas elongación con ladrillo trabajo día viernes tren superior material mancuernas, trabajo brazos abdominales elongación con balón pequeño
T.3	Trabajo día martes tren superior brazos, espalda, abdominales y elongaciones, material mancuernas, balón pequeño y ladrillo trabajo jueves tren inf piernas, abdominales glúteos, con aro, y balón pequeño
T.4	Trabajo día martes tren superior materiales mancuernas y balón chico ,brazos ,espalda ,abdominales, elongación trabajo día jueves materiales balón chico ,aro, ladrillo ,trab pierna, glúteo ,abdominales
T.5	Trabajo tren inf materiales balón chico , aro , ladrillo, trab pierna , glúteo, espalda , abdominales elongaciones. Trab tren sup materiales mancuernas balón chico , ladrillo, trabajo brazos, abdominales, espalda elonga

<b>Firma prestador de los servicios</b>	
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	<b>NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA</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.6	PILATES	LUN 18:30-19:30	MIE 18:30-19:30	[REDACTED]	5
T.7	PILATES	LUN 20:00-21:00	MIE 20:00-21:00	[REDACTED]	16
T.8	PILATES TERAPEUTICO	MAR 12:00-13:00	JUE 12:00-13:00	[REDACTED]	
T.9	PILATES	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	[REDACTED]	5
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Trab lunes tren superior mancuernas balón chico ladrillo ,trab brazos, abdominales, espalda ,glúteos. Trab miércoles tren inf materiales balón chico , ladrillo, aro, trab pierna , abdominales glúteo, elongación.
T.7	Trabj lunes tren sup materiales, mancuerna, balón chico, l ladrillo, trab brazo, espalda, abdominales ,glúteos elong trabajo miércoles tren inf materiales aro, ladrillo, balón chico , trabajo piernas , glúteo ,abdominales elongación.
T.8	Trabajo con silla materiales balón chico, aro, banda elástica ,ladrillo, trab de equilibrio elongación longitudinal y osteo articular, fortalecimiento, piernas y brazos. Reducción de presión sobre los discos para ayudar a reducir el dolor.
T.9	Trabj martes tren inf materiales roller, trabajo de pierna ,glúteo, abdomen, isquiotibiales trabajo jueves tren sup materiales mancuernas trabajo brazos ,espalda abdomen, glúteos, elongación
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. NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA, 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. NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año





# PLANILLA CONTROL

<b>NOMBRE DEL TALLER</b>	<b>LUGAR DE EJECUCION</b>
Pilates	Lugar: CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b>	<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER</b>
Ana Bertha Nuñez Carrasco	Dia - Horario: LUNES Y VIERNES 10:15-11:15 HRS

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES																		
		F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	CEBALLOS HOFFMAN PATRICIA MARIA	J	P	P	P		J													
2	GUERRA CABALLERO GINA TATIANA	P	P	P	P		O	P												
3	IGLESIAS VILLARROEL JUAN DAMIAN	J	P	P	P		A	P												
4	KAZTMAN MALENA RENATA	J	P	J	P		A	P												
5	MIRANDA ARANEDA MARITZA	P	P	J	/		/													
6	MORALES CARRASCO CATALINA	P	P	P	P		R	P												
7	PINCETTI GUZMAN BERNARDITA	P	P	P	P		6	P												
8	RAMIREZ LAGOS NATALIA ANDREA	J	P	J	P		L	J												
9	ROJAS MUÑOZ ERIKA	/	/	/	/		/													
10	SABALLO DE QUILEN CARMEN ZENaida	J	P	P	P		J													
11	SOTO FUENZALIDA MARIA VERONICA	P	P	P	P		P													
12	VILLARROEL RENCORET MARIA	-			P		P													
13																				
14																				
15																				
16																				

<b>N° DE ASISTENTES POR SESION</b>	5	10	7	10	7															
------------------------------------	---	----	---	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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**  
Pilates

**LUGAR DE EJECUCION**  
[REDACTED]

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
Ana Bertha Nuñez Carrasco

**DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER**  
Día - Horario: MARTES Y JUEVES 10:30-11:30 HRS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
			05-08-25	07-08-25	12-08-25	14-08-25	19-08-25	21-08-25	26-08-25	28-08-25										
1 AGUILAR MANRIQUEZ NURIA			P	P	J	J	J	J												
2 CALDERON MUÑOZ MARIA TERESA			/	/	/	/	/	/												
3 RUIZ FAUST VANIA MARINA			P	P	P	P	P	P												
4 ESPINOZA CONTRERAS MARIA REGINA			J	J	J	J	J	J												
5 FLORES CAÑAS MARIA CECILIA			P	J	J	P	P	J												
6 SERRANO GOMEZ MARIA VICTORIA			P	P	P	P	P	P												
7 ORDOÑEZ SANHUEZA TERESA			P	P	P	P	J	J												
8 BRIZZOLARA SMITH FABIOLA			P	P	P	J	J	J												
9 LANDER CORTES LUCINDA DEL CARMEN			J	J	J	J	J	J												
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				

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

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.





# L DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)	
	1																						si	NO
	2																						si	NO
	3																						NO	NO
	4																						si	NO
	5																						si	NO
	6																						si	NO
	7																						NO	NO
	8																						NO	NO
	9																						si	NO
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							

--

*Abuna*  
 FIRMA PROFESOR

EN

# PLANILLA CONTROL

<b>NOMBRE DEL TALLER</b>
Pilates

<b>LUGAR DE EJECUCION</b>
[REDACTED]

<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b>
Ana Bertha Nuñez Carrasco

<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER</b>
Día - Horario: LUNES Y VIERNES 11:30-12:30 HRS

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	FECH																	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	GARCIA DIAZ ANA GABRIELA			P	P	P	P			P	J										
2	ARAUJA POZO SAHARA			J	P	P	P			O	J	P									
3	FERNANDEZ CISTERNA ADRIANA PATRICIA			P	P	P	P			A	P	P									
4	CABRERA CORNEJO LETICIA			J	P	P	P			A	P	P									
5	MAURURI VARGAS ANA MARIA			P	P	J	P			-	P	P									
6	ARANCIBIA CALDERON SYLVIA			J	J	J	J			R	J	J									
7	CISTERNA PEREZ CATALINA			J	J	J	J			E	J	J									
8	VARGAS IRMA ROSA			P	P	P	P			F	P	P									
9	MIRELMANN DIAMANT ANNA			J	P	J	J				P	J									
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					

<b>N° DE ASISTENTES POR SESION</b>	4	7	5	6		6	5													
------------------------------------	---	---	---	---	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 PARTICIPAN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.



# PLANILLA CONTROL

**NOMBRE DEL TALLER**  
Pilates

**LUGAR DE EJECUCION**  
Lugar: CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
Ana Bertha Nuñez Carrasco

**DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER**  
Día - Horario: LUNES Y MIERCOLES 18:30-19:30 HRS

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
				04-08-25	06-08-25	11-08-25	13-08-25	18-08-25	20-08-25	25-08-25	27-08-25										
1	CAÑAZ PINOCHET CLAUDIA			P	P	P	P	P	P												
2	LAUREL RODRIGUEZ XIMENA			/	/	/	/	/	/												
3	SANDOVAL CARRILLO ANA			P	P	P	P	P	P												
4	SALAZAR BARRIOS ROSA			P	P	P	P	P	P												
5	GARCIA MONTES MARIA VERONICA			J	P	P	P	P	P												
6	LECAROS DELLEPIANE MARCELA			P	P	P	P	P	P												
7	CELSI HENRIQUEZ MARIA VERONICA			/	/	/	/	/	/												
8	ARCE SANCHEZ MARIA JESUS			/	/	/	/	/	/												
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					

**N° DE ASISTENTES POR SESION**      4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5

- 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 PARTICIPAN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.



# PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

<b>NOMBRE DEL TALLER</b>	<b>LUGAR DE EJECUCION</b>	<b>F. INICIO</b>
Pilates	SANTA ZITA 9135	

<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b>	<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER</b>	<b>F. TERMINO</b>
Ana Bertha Nuñez Carrasco	Lunes - Miércoles 20:00-21:00	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SECCION	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
			04-09-25	06-09-26	11-09-26	13-09-26	18-09-26	20-09-26	25-09-26	27-09-26																	
1 ARAYA DURAN NANCY			P	P	P	P	P	P																		1	
2 ARIAS PULIDO RUTH NICOLL			P	P	P	P	P	P																			2
3 ASTORGA GARRIDO MARCELA			P	P	P	P	P	P																			3
4 BARRAZA VEGA SOLEDAD			P	P	P	P	P	P																			4
5 BELTRAN DIAZ SANDRA			P	P	P	P	P	P																			5
6 BRICEÑO CONCHA AMANDA			P	P	P	P	P	P																			6
7 BRICEÑO MOYNA REGI			P	P	P	P	P	P																			7
8 CAYUQUEO MOLLAN JOVITA			P	P	P	P	P	P																			8
9 CONCHA CURIAFINCO JULIA			P	P	P	P	P	P																			9
10 ESCOBAR DIAZ SANDRA			P	P	P	P	P	P																			10
11 JARA FUENTES MARIA DEL PILAR			P	P	P	P	P	P																			11
12 MARTINEZ ESPINOZA PAZ			P	P	P	P	P	P																			12
13 JARA CAYUQUEO PALLA			P	P	P	P	P	P																			13
14 LONGORAN DIAZ VERONICA			P	P	P	P	P	P																			14
15 MENDES VALERIA FERNANDA			P	P	P	P	P	P																			15
16 PINO DIAZ DUN MIETA			/	/	/	/	/	/																			16
17 RECONDO MUÑOZ VALENTINA			P	P	P	P	P	P																			17
18 RIVERA TAPIA NELLY			P	P	P	P	P	P																			18
19 RONDON DE ABRELLARACHE			P	P	P	P	P	P																			19
20 SAN MARTIN CHAVEARRA VERO			P	P	P	P	P	P																			20
21 SANCHEZ LUDON PAULINA			P	P	P	P	P	P																			21
22 TORRES FANLO JOCELYN			P	P	P	P	P	P																			22
23 VILLANEVA NEMUNA LUZ			P	P	P	P	P	P																			23
24 VAZQUEZ GUTIERRA CONSTANZA			P	P	P	P	P	P																			24

N° DE ASISTENTES POR SESION	18 19 20 21 13
-----------------------------	----------------

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "X" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

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 AEROBIX.  
 ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO



# PLANILLA CONTROL

<b>NOMBRE DEL TALLER</b>
Pilates

<b>LUGAR DE EJECUCION</b>
Lugar: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>

<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b>
Ana Bertha Nuñez Carrasco

<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER</b>
Día - Horario: MARTES Y JUEVES 09:00-10:00 HRS

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	F E C H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
				05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25	21.08.25	26.08.25	28.08.25											
1	ROSAY STUVEN GABRIELA			P	P	J	J	P	P													
2	ARAUJO POZO SAHARA			P	P	P	P	P	P													
3	GUERRA CABALLERO GINA			P	P	P	J	J	P													
4	ROJAS MUÑOZ ERICA LUCIA			/	/	/	/	/	/													
5	LOEFF MIRELMANN DENISE			/	/	/	/	/	/													
6	SANTOS GIBRAN HAYDEE			J	J	J	J	P	P													
7	GREZ CRISTI JOSEFINA			J	J	P	P	P	P													
8	QUEVEDO PINCETTI JAVIERA			P	P	P	P	J	P													
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						

<b>N° DE ASISTENTES POR SESION</b>	4	4	4	3	6	6																
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

# L DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)		
																							si	NO	
																								NO	NO
																								NO	NO
																								si	NO
																								NO	NO
																								NO	NO
																								NO	NO
																								NO	NO

--

  
 FIRMA PROFESOR

EN

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

	
<p><b>T1 L V 0900 1000</b></p>	<p><b>T2 L V 1015 1115</b></p>
	
<p><b>T3 M J 1030 1130</b></p>	<p><b>T4 M J 1830 1930</b></p>
	
<p><b>T5 L V 1130 1230</b></p>	<p><b>T6 L M 1830 1930</b></p>
	
<p><b>T7 L M 2000 2100</b></p>	<p><b>T8 M J 1200 1300</b></p>
	
<p><b>T9 M J 0900 1000</b></p>	

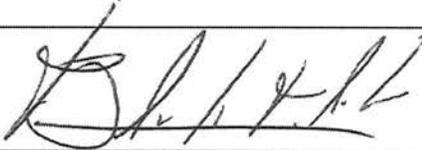
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

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

Nombre	<b>SANTELICES LOPEZ BLANCA</b> ✓		
RUT	<b>7.813.753-3</b>	Período del Contrato	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BIODANZA	JUE 19:00-21:00	---	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	7
T.2	BIODANZA	LUN 15:15-17:15	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	11
T.3	BIODANZA	LUN 11:15-13:15	---	ALCANTARA 434	7
T.4	BIODANZA	MAR 17:00-19:00	---	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	6
T.5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Realizamos dinámicas, danzamos y reflexionamos respecto del ritmo, tanto los ritmos externos que están presentes en la naturaleza y los internos que existen en cada uno de nosotros y que son únicos. (ej. día y noche; estaciones del año; respiración, pulsar del corazón; rapidez vs lentitud).
T.2	Realizamos dinámicas, danzamos y reflexionamos respecto del ritmo, tanto los ritmos externos que están presentes en la naturaleza y los internos que existen en cada uno de nosotros y que son únicos. (ej. día y noche; estaciones del año; respiración, pulsar del corazón; rapidez vs lentitud).
T.3	Realizamos dinámicas, danzamos y reflexionamos respecto del ritmo, tanto los ritmos externos que están presentes en la naturaleza y los internos que existen en cada uno de nosotros y que son únicos. (ej. día y noche; estaciones del año; respiración, pulsar del corazón; rapidez vs lentitud).
T.4	Realizamos dinámicas, danzamos y reflexionamos respecto del ritmo, tanto los ritmos externos que están presentes en la naturaleza y los internos que existen en cada uno de nosotros y que son únicos. (ej. día y noche; estaciones del año; respiración, pulsar del corazón; rapidez vs lentitud).
T.5	

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. SANTELICES LOPEZ BLANCA, 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. SANTELICES LOPEZ BLANCA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año

# Planilla Control de Asistencia

Taller: BIODANZA

Lugar: CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

Profesor: BLANCA SANTELICES LOPEZ

Día - Horario: JUEVES 19:00-21:00 HRS..

Nº	Nombre Alumnos ( Favor de usar letra imprenta )	SESIONES	Nº	FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
					20 M A R	27 M A R	3 A B R	10 A B R	17 A B R	24 A B R	8 M A Y	15 M A Y	22 M A Y	29 M A Y	5 J U N	12 J U N	19 J U N	26 J U N	3 J U L	10 J U L
1	BREINBAUER BARROS MARIA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	
2	HUBE FLORES NELDA DEL CARMEN				J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	IGLESIAS VILLARROEL JUAN DAMIAN				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	LAMBERT ESPINOZA PAZ				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	MANCILLA DELGADO ARIELA ROXANA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	MARTI CASTRO MARIA MACARENA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	
7	ORTIZ DEL PINO CELIA PAULINA DEL C			(R)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	RECARBAREN GAJARDO MARIA CECILIA				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	RECARBAREN GAJARDO VERONICA				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	REYES JARA MATILDE ISABEL				P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	J	J	P	P	
11	RIVEROS VALDERRAMA JENNY				P	J	/	J	P	P	P	J	J	/	P	/	/	J	J	
12	ROJAS ZUÑIGA MARIA PAZ				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	TAPIA ARRIAZA ODETTE				P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	
14	VASQUEZ CASTILLO GLADYS VERONICA				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
15	VASQUEZ NUÑEZ DAYANA				/	/	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	J	/	
16	VIDAL DE BERNARDIS ROGRIGO				P	J	J	P	/	P	J	P	J	P	P	J	P	/	P	P
17	FRANCISCA GARCIA VARGAS				P	P	J	J	J	P	P	P	J	P	J	J	J	J	P	
3	JESÚS CAHVAS						P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	/	
19	ANDREA ALLAMAND PURATIC						P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	J	J	J	
20	SARANGÉLICA ROA						P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	
21	GLORIA PINEDA												P	P	J	J	J	P	P	
22	LUÍCA SANDOVAL												P	P	J	J	J	J		
23																				

N° Asistentes por sesión	8	6	8	10	8	11	9	10	8	7	12	5	5	5	8	8
% Asistencia por sesión																
% Promedio asistencia acumulado																

Marque con una "P" si alumno asistió a clases  
 Marque con un "/" si alumno no asistió a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia



Blanca Santelices

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
BIODANZA

LUGAR DE EJECUCION  
J.V BILBAO ALTO (Dña Edisa Diaz 647)

NOMBRE DEL PROFESOR  
BLANCA SANTELICES

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER  
LUNES 15:15 - 17:15 HORAS

N	SESIONES	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		GABRIELA FERNANDEZ	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J
2		VICTORIA GONZALEZ	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3		MARCELA MUÑOZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4		YOLANDA MATEUNA	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5		SANDRA SEPULVEDA	P	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P
6		REGINA FIGUEROA	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7		XILENA NUÑEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8		XILENA GONZALEZ	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
9		MARIA ISABEL PADAMBO	P	P	J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
10		AURORA DEL REAL	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
11		MARIA ADRIANA SEPULVEDA	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12		ROMA ELIANA GONZALEZ	P	J	J	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
13		ANGELICA BERNANDEZ	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
14		ROSARIO RIVERA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15		OLGA TARTIKOWSKY													P	P	P	J	J	J	J	J
16		MARIA LUZ LEONARDA														P	P	P	J	J	J	J
17		TERESA																		P	P	J
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION ~~11 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25~~

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  
**BIODANZA**

LUGAR DE EJECUCIÓN  
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR  
**BLANCA SAOTENIGEL**

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
**LUNES 11:15-13:15 HRS**

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	KAROLINA JIMÉNEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	ANA MARÍA JARDIBUERTO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	SUSANA CAÑAS	P	J	J	J	J	P	J	P	J	J	P	P	P	P	J	J	P	J	J	J
4	VERÓNICA ROBLES	P	P	J	P	P	P	J	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P
5	VERÓNICA DODS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	HILTON ADOZARÉ	P	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P
7	IRENE PASTRIAN	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P
8	MARINA EBERHARD	P	P	J	P	J	J	P	J	P	J	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/
9	SARITA TATURANI	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/
10	MARÍA CRISTINA DÍAZ	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P
11	PATRICIA SOTO																				
12	MARÍA LUISA QUEIROZ												P	J	/	/	/	/	/	/	P
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN **10 8 6 8 9 7 8 6 7 6 3 9 7 6 9 6 6 8 4 8**

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 de Asistencia 2025

Taller: BIODIVERSIDAD

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio: 18 MARZO

Profesor: BLANCA SANTELUICES

Día - Horario: MARTES 17:00 - 19:00 HRS

Termino: Nov

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
		18-03-2025	25-03-25	01-04-25	8-4-2025	15-4-2025	22-4-2025	29-4-2025	6-5-2025	13-05-25	20-05-25	27-05-25	03-06-25	10-6-25	17-6-2025	24-6-2025	01-07-25	08-07-25	15-7-25	
1	MARIA DEL CARMEN BURGOS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	1	P	P
2	CLAUDINA MENA	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	J	P	J	P	J	2	J	P
3	MARIA FANTA GONZALEZ	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	J	J	3	P	J
4	MARGARITA DELA JARA	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	4	J	P
5	JIMENA RUIZADA	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	5	P	J
6	CECILIA PERALTA	P	P	J	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	6	/	/
7	NORMA ZANON		P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	J	/	7	/	/
8	MARCELA MADIN		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P		8	P	J
9	CECILIA TOLOSA								P	P	P	P	J	P	P	P	P	9	J	P
10	MARIA ANTONIETA SOTO									P	P	P	J	J	J	J	/	10	J	J
11	ELISA MARIA VEYL									P	P	J	J	P	P	J	P	11	P	J
12	VERONICA ALDEA									P	P	P	P	J	J	P	J	12	J	J
13	PATRICIA BUSTOS S.												P	P	J	J	/	13	/	/
14	ISABEL GONZALEZ																	14	P	P
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	6	8	7	7	5	7	3	7	8	11	9	7	8	6	4	3	6	5
% 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 "/" si alumno no asistio a clase:

