



MUNICIPALIDAD

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	PEREZ BUSTAMANTE MARISOL		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

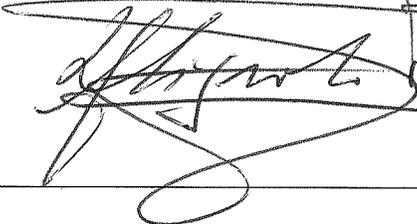
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	RELAJACION CON CUENCOS	JUE 19:00-21:00	—	[REDACTED]	6
T.2	RELAJACION CON CUENCOS	MAR 18:00-20:00	—	[REDACTED]	6
T.3	RELAJACION CON CUENCOS	SAB 10:00-12:00	—	[REDACTED]	6
T.4	YOGA BASICO	MAR 10:00-11:00	JUE 10:00-11:00	[REDACTED]	5
T.5	YOGA EN SILLA BASICO	LUN 17:00-18:00	MIE 17:00-18:00	[REDACTED]	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<i>Aprenden mantras para relajar cuerpo y mente combinado con sonidos de cuencos.</i>
T.2	<i>Experimentan uso de tambor onestral para relajar cuerpo y mente.</i>
T.3	<i>Profundizan en técnicas de respiración para relajar mente</i>
T.4	<i>Clase para fortalecer abdomen.</i>
T.5	<i>Clase para piernas fuertes y mejorar equilibrio</i>

Firma prestador de los servicios	<i>(Mando/Loes)</i>
----------------------------------	---------------------

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. PEREZ BUSTAMANTE MARISOL, 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. PEREZ BUSTAMANTE MARISOL .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Religión con Acontecimientos

LUGAR DE EJECUCIÓN
SU CIS Torres Moro Fleming

NOMBRE DEL PROFESOR
Mauricio Pérez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Jueves 19^{da} - 21^{da} hrs

	NOMBRE COMPLETO 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
1	Claudia Ayala			7/08																		
2	Francisca Martínez			14/08																		
3	Prinzela Venegas																					
4	Ximenes, Alvarado																					
5	Me Selected Villarroel																					
6	Hector Ureta																					
7	Martín Hoase																					
8	Claudio Videla																					
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 66

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Relajación con Luercas

LUGAR DE EJECUCIÓN
IV CIS Bilbao Duqueso

NOMBRE DEL PROFESOR
Marisol Jobe

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 18-20^h 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. Xiomara Alvarado		5/08	P	P	P																	
2. Claudia Ayala		12/08	P	P	P																	
3. María Paase		18/08	P	P	P																	
4. Mariana Escobar			P	P	P																	
5. Patricia Rincón			P	P	P																	
6. Jéssica Lorenz			P	P	S																	
7. Ma Eugenia Alfaro			P	P	P																	
8. Marcela Venegas			S	S	S																	
9.																						
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

12/10

PLANILLA CONTR

NOMBRE DEL TALLER
Relato con cuentos

LUGAR DE EJECUCIÓN
3V C15

NOMBRE DEL PROFESOR
Maribel Pérez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Sábado 10⁰⁰ - 12⁰⁰ 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
1		Mary Castillo	2/00		PP																
2		Alicia Urutia	9/08		PP																
3		Petrina Michra	16/08		PP																
4		duz Calderin		PP																	
5		Lamilo Valle		PP																	
6		Julie Jureje		PP																	
7		Lophie Horns		PP																	
8		Domiele Marquez		PP																	
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 66

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Yoje Básico

LUGAR DE EJECUCIÓN
SV C-13 Imayo Mund.

NOMBRE DEL PROFESOR
Marisol Pérez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes y jueves 10^{am} - 11^{am} 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. Silvia Fuentes		5/08	P	P	P	P	P	P											
2. Ma Victoria Cofide		7/08	P	P	P	P	P	P														
3. Ma Alicia Zawesky		12/08	P	P	P	P	P	P														
4. Ingulem Bonnellet		30/11	P	P	P	P	P	P														
5. Marjoly Roberson		02/08	P	P	P	P	P	P														
6. Jaime Cudienza		02/11	P	P	P	P	P	P														
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 5 5 5 5 5 6

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA EN SILLA

LUGAR DE EJECUCIÓN
SVCIS Tomás Moro Fleming

NOMBRE DEL PROFESOR
Marisol Paz

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes y Miércoles 17⁰⁰ - 18⁰⁰

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	Nº																		
		FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		4/08																		
1 Ma Elena Acete		6/08	P	P	P	S	S	S												
2 Belinda del Río		11/08	P	P	P	P	P													
3 Daniela Martínez		13/08	P	P	P	P	P													
4 Francisca Martínez		16/08	P	P	P	P	P													
5 Valentino Valdebenito		20/08	P	S	S	S	S	S												
6 Carolina Valdebenito			P	P	P	S	S	S												
7 Elizabeth Ono			P	S	S	S	S	S												
8 Patricia Fernández			S	S	S	S	S	S												
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

7 5 5 7 7 7 7