



LAS CONDES
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 RIVERA ANA MARIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE ENTRETENIDO	MAR 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30		7
T.2	BAILE ENTRETENIDO	LUN 17:00-18:00	MIE 17:00-18:00		6
T.3	MEDITACION Y ESTIRAMIENTO	VIE 11:15-13:15	—		3
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las actividades realizadas durante el mes de agosto fueron diferentes bailes: Salsa, Bachata, Cueca, Pascuense, otros. También se desarrolló estiramientos del cuerpo, equilibrio, tonicidad muscular, para ello usamos materiales como: bandas elásticas, aros, sillas. Todo el taller se realiza con diferentes músicas, pertinente a cada baile.
T.2	Las actividades realizadas durante el mes de agosto fueron bailes: Salsa, Bachata, Vals, otros. También se desarrolló estiramientos del cuerpo, equilibrio, tonicidad muscular, para ello usamos materiales como: bandas elásticas y sillas. Todo el taller se realiza con diferentes músicas, pertinente a cada baile. También se enseña a respirar y postura corporal para proteger articulaciones y huesos.
T.3	Las actividades realizadas durante el mes de agosto fueron: meditación con cuencos, con música de aguas, estiramiento de brazos, piernas, túnel carpiano, espalda y todo el cuerpo en general. Todo el taller se realiza con música tranquila para brindar paz y armonía a cada participante. Los materiales ocupados fueron bandas elásticas y sillas.
T.4	
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. PEREZ RIVERA ANA 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. PEREZ RIVERA ANA MARIA .

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	LUGAR DE EJECUCIÓN
Baile Entretendido	
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
ANA MARÍA PÉREZ RIVERA	VIERNES Y JUEVES 11:30 a 12:30 horas.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		SESIONES	Nº	FECHA
1	MARIA RENTERIA	P	1	18/03/2025
2	GLORIA MALUENDA	P	2	20/03/2025
3	EUGENIA COOK	P	3	25/03/2025
4	MAGDALENA SANTO	P	4	27/03/25
5	LETICIA (COOK) LEÓN	P	5	01/04/25
6	M ^o ISABEL ESCOBAR	P	6	03/04/25
7	Maria de la Luz Vergara	P	7	08/04/25
8	TERESA ZALUMBIDE	P	8	10/04/25
9	M ^o ELENA CONATA	P	9	15/04/25
10	M ^a Teresa Valiente	P	10	22/04/25
11			11	24/04/25
12			12	26/04/25
13			13	29/04/25
14			14	06/05/25
15			15	08/05/25
16			16	13/05/25
17			17	15/05/25
18			18	20/05/25
19			19	27/05/25
20			20	28/05/25

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

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.

Mr. Ma
2 clear
Sgt. M. E. Elms (1)

DE ASISTENCIA

F. INICIO	17/03/25
DEPARTAMENTO	GESTIÓN DE TALLERES
F. TÉRMINO	30/11/2025
PROGRAMA	TALLERES RECREATIVOS Y DE DES. 2025

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Baile Entretenido

LUGAR DE EJECUCION

Imago Mundi C-13

NOMBRE DEL PROFESOR

Ane Maria Perez R.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

lunes y miercoles 17:15 a 18:15

	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
					18/03/25	19/03/25	24/03/25	26/03/25	31/03/25	02/04/25	07/04/25	09/04/25	14/04/25	16/04/25	21/04/25	23/04/25	28/04/25	30/04/25	05/05/25	07/05/25	12/05/25	14/05/25	19/05/25	21/05/25
1	Romina ELGHAYAN				P	P	P	P	J	J	P	P	P		P	P						P	P	
2	Silvia Cobillos				P	J	P	P	P	P	P	P	P		J	J						P	P	
3	Gloria MEZA				P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P						P	P	
4	Alejandro Alvarez				J	J	P	P	P	P	P	P	P		P	P						P	P	
5	Elkin Kemer				-	-	-	P	P	P	P	P	P		P	P						P	P	
6	Jessica				-	-	-	-	-	-	-	P												
7	Belisa																					P	J	
8	Ivone PANIAGUA																							
9	Brenda Trivick																							
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION

32354436543111164

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.

inicio de
11/05
prof. da
recupera
clase.

prof. da

inicio
de la
clase

DE ASISTENCIA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
talleres recreativos y de desarrollo

[illegible]

INICIA


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Baile Entretenido

LUGAR DE EJECUCION
Imago Mundi C-13

NOMBRE DEL PROFESOR
Ana Maria Pérez R.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves y miércoles 17:15 a 18:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
				12/03/25	19/03/25	24/03/25	26/03/25	31/03/25	02/04/25	07/04/25	09/04/25	14/04/25	16/04/25	21/04/25	23/04/25	28/04/25	30/04/25	05/05/25	07/05/25	12/05/25	14/05/25	19/05/25	21/05/25	
1	Romina ELGHAYAN			P	P	P	P	J	J	P	P	P			P	P					P	P		
2	Silvia Cabillos			P	J	P	P	P	P	P	P	P			P	P					P	P		
3	Gloria MEZA			P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P					P	P		
4	Alejandro Alvarez			J	J	P	P	P	P	P	P	P			P	P					P	P		
5	Elkin Herrera			-	-	-	P	P	P	P	P	P			P	P					P	P		
6	Sassica			-	-	-	-	-	-	-	P													
7	Belia																				P	P		
8	Ivone PANIAGUA																							
9	Brenda Trivick																							
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION 3 2 3 5 4 4 5 6 5 4 3 1 1 1 1 1 1 1 1 6 4 1

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.

inicio de
11/05
prof. Julia
recupera
clase.
prof. Julia
inicio de
11/05
prof. Julia
recupera
clase.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Baile Entretenido	Imagen mundi C-13
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Ama Maria Pérez R.	Lunes y miércoles 17:00 a 18:00 horas.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				06/08/25	11/08/25	13/08/25	18/08/25																
1	Romina Eighayan			P	P	P	P																
2	Silvia Cobillos.			P	P	P	J																
3	Gloria Meza.			P	P	P	P																
4	Alejandro Alvarez.			J	P	J	P																
5	Elaira			J	J	J	P																
6	Belia			J	J	J	P																
7	Ivone Pumaqu			J	P	P	J																
8	Brenda Teivick			J	P	J	P																
9	Kim (clase de prueba)					P.																	
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	3	6	5	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Meditación y Ensamble

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR
Ana María Pérez Rivero

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Viernes 11:15 a 13:15 horas.

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FECHA	21/03/25	28/03/25	04/04/25	11/04/25	18/04/25	25/04/25	02/05/25	09/05/25	16/05/25	23/05/25	30/05/25	06/06/25	13/06/25	20/06/25	27/06/25	04/07/25	11/07/25	18/07/25	25/07/25	01/08/25
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	MARIANELA COLLADO	MARGARITA YERHANY	Sosana Awin	Cristina Gamboa	Clarisa Vergara	Andrés Bisupovic	María Luz Casarillo	LUZ MARIA REYES	Mónica Benítez (puede)											
SESIÓN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO
21/03/2025

DEPARTAMENTO
Gestión y Talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
30/11/2025

PROGRAMA

Prog. Talleres recreativos y de desarrollo 2025

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FECHA	21/03/25	28/03/25	04/04/25	11/04/25	18/04/25	25/04/25	02/05/25	09/05/25	16/05/25	23/05/25	30/05/25	06/06/25	13/06/25	20/06/25	27/06/25	04/07/25	11/07/25	18/07/25	25/07/25	01/08/25
ASISTENTE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MÉDICO
(SI / NO)	(SI / NO)
SI	SI
SI	SI
SI	SI
SI	SI
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

Firma del Profesor
Kana P...
FIRMA PROFESOR