

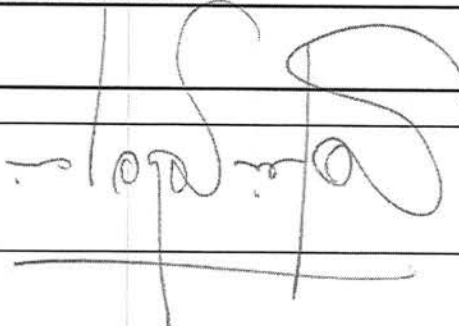
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	PERGOLESÍ SANCHEZ SOFIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 15:00-17:00	—	██████████	5
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	VIE 09:15-11:15	—	██████████	5
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	VIE 11:25-13:25	—	██████████	8
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 09:30-11:30	—	██████████	6
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las/los destinatarios realizaron ejercicios para estimular procedimientos numéricos tales como: reconocer, clasificar, numerar, escribir, calcular mentalmente, resolver problemas y operaciones matemático.
T.2	Las/los destinatarios realizaron ejercicios para estimular procedimientos numéricos tales como: reconocer, clasificar, numerar, escribir, calcular mentalmente, resolver problemas y operaciones matemático.
T.3	Las/los destinatarios realizaron ejercicios para estimular procedimientos numéricos tales como: reconocer, clasificar, numerar, escribir, calcular mentalmente, resolver problemas y operaciones matemático.
T.4	Las/los destinatarios realizaron ejercicios para estimular procedimientos numéricos tales como: reconocer, clasificar, numerar, escribir, calcular mentalmente, resolver problemas y operaciones matemático.
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. PERGOLESÍ SANCHEZ SOFIA, 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. PERGOLESÍ SANCHEZ SOFIA .

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

Las Condes, AGOSTO 2025
 mes de año

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
T. ESTIMULACIÓN COGNITIVA	JV. SAN PEDRO DE LAS CONDES C-3
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SOFIA VERGOLES	JUAN DE AUSTRIA 1539 JUEVES 15:00 - 17:00HS

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	ASTROSA A. MARIA G.			20-3-2025																			
2	CERDA MARIA CECILIA			24-3-2025																			
3	VACHER MARIA CECILIA		P	03-4-2025																			
4	MORALES MARIA			10-4-2025																			
5	DONOT JULIA			14-4-2025																			
6	SOLAR CAMAÑO		P	24-4-2025																			
7	ALBA SONIA			01-5-2025																			
8	MUNOZ CASTILLO ROBERTO		P	08-5-2025																			
9	FUENTES LUZ		P	15-5-2025	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	CERDA MARIA CECILIA		P	22-5-2025	P	P	P	P	P			P	P	P	P		P	P	P	P		P	
11	MOLL PATRICIA			29-5-2025			P	P	J			P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
12	QUILON MARIA ANGELICA			05-6-2025			P	J															
13	GONZALEZ ELLEN			12-6-2025			P		P			P	P	P	P			P	P	P	P	P	P
14	CORDERO CARMEN LUZ			19-6-2025			P		I			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	CACERES MARIA DE LA PAZ		-	26-6-2025						P													
16	DE LA ROSA ADRIANA			03-7-2025																	P	P	
17	MAUREIRA SARA			10-7-2025																		P	
18				14-7-2025																			
19				24-7-2025																			
20				21-8-2025																			
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				5	2	4	5	-	3	-	1	4	5	4	4	3	2	2	4	4	4	4	6

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.

14-4-2025 CERRADA LA SEDE (JUEVES SANTO)
01-5-2025 CERRADA LA SEDE (DIA DEL TRABAJO)
08-5-2025 LLUVIA INTENSA (NO SE PRESENTO NADIE)

DE ASISTENCIA

FIRMA PROFESOR

ID : T2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
T. ESTIMULACIÓN COGNITIVA BÁSICA	SU BILBAO AHO-14

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SOFIA PERGOLES	VIERNES 9 ^º - 11 ^º HORAS

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	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
			21-03-2025	28-03-2025	04-04-2025	11-04-2025	18-04-2025	25-04-2025	02-05-2025	09-05-2025	16-05-2025	23-05-2025	30-05-2025	06-06-2025	13-06-2025	20-06-2025	27-06-2025	04-07-2025	11-07-2025	18-07-2025	25-07-2025	01-08-2025
1 ZULETA MARIA NORMA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 CASTRO MARIA ELENA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3 GILBERT MARIA TERESA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 VASQUEZ MONICA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 LAGONARSINO GABRIELA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 CHAMORRO MONICA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 AGUILERA ORLETA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 LANA - CECILIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 ALVAREZ LUIS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 BARRIOS VA ANGELICA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 QUIROGA ELIANA																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN			9	8	6	9	-	6	-	5	9	7	7	7	5	-	3	8	8	8	7	6

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 AEROSOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

OZCERRADO DIA TRABASO

ID: T3

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

ESTIMULACIÓN COGNITIVA BÁSICA

LUGAR DE EJECUCIÓN

JV. BILBAO ALTO C-14

NOMBRE DEL PROFESOR

SOFIA PERGOLES

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

VIERNES 11:30 - 13:30

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	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
				21-03-2025	28-03-2025	04-04-2025	11-04-2025	18-04-2025	25-04-2025	02-05-2025	09-05-2025	16-05-2025	23-05-2025	30-05-2025	06-06-2025	13-06-2025	20-06-2025	27-06-2025	04-07-2025	11-07-2025	18-07-2025	25-07-2025	01-08-2025
1	PAPEL SONJA	P	P	P	P		P		P	P	P	J	P	P	P		P	P	P	P	P	P	J
2	GALLEGO SOLEDAD	P	P	P	P		J		P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P
3	POHL MONICA BERNARDITA	P	P	P	P		J		P	P	P	J	P	P				P	P	J	P	P	
4	NAVARRETE MA. EUGENIA	P	P	P	P		P		P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P
5	CALDERON LUISA	P	P	J			J		P	P	J												
6	ALENPARTE MA. CRISTINA	P	P	P	J		J		P	P	P	J	P	P				P	J	P	P		J
7	ROTHKEGEI MA. ESTER	P	P	P	P		J		J	P	J	P	P	P				P	J	P	P	P	P
8	FIGUEROA MA. ANGELICA	P	P	P	J		J		P	P	P	P	P	J				P	J	P	P	P	P
9	RAMIREZ ROMELIA	P	P	P	J		P		P	J	J	J	J	J				J	P	P	P	P	P
10	JIMENES CLAUDIO	P	P	P	P		P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	ORDENES MARUJA BERTA		P	P	P		P		J	P	J		J	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P
12	BONCHA SERGIO																						
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				10	11	10	7	-	5	-	9	10	6	7	8	7	-	4	10	6	9	11	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.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

DEPARTAMENTO
TALLERES COMUNITARIOS

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

PROGRAMA
TALL. REC. y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

3 SEMANAS
FF AGOSTO

[illegible]

FIRMA PROFESOR

IS: T4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

TALLER ESTIMULACIÓN COGNITIVA

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

SOFIA PERGOLES/ SÁNCHEZ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

JUEVES 9:30 - 11:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	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
				20-3-2025	27-3-2025	03-4-2025	10-4-2025	17-4-2025	24-4-2025	01-5-2025	08-5-2025	15-5-2025	22-5-2025	29-5-2025	05-6-2025	12-6-2025	19-6-2025	26-6-2025	03-7-2025	10-7-2025	17-7-2025	24-7-2025	31-7-2025
1	ARRIAGA CARLOS			J	J	P	J	J	J	X	J	P	J	J	P	J	P	P	P	P	J	P	P
2	CADACCI LAURA			P	P	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	DONOSO JOSE			P	P	P	J	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	HERNÁNDEZ CAROLINA			P	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J	J	P
5	GIL MARIELY			P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	SALAS JORGE			P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	VICENTE JAIME			P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	CASTRO MONICA			-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				6	6	6	2	5	4	1	4	6	4	6	7	5	8	7	7	8	5	7	6

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
20 3 2025

DEPARTAMENTO
TALLERES CONVIVENCIALES

INSCRIPCION MINIMA :

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30-M-2025

PROGRAMA
TALL. REC. Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

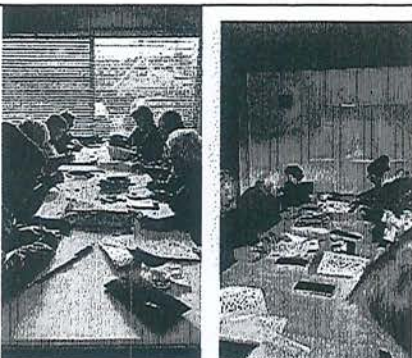
Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



TALLER ID: T1



TALLER ID: T2



TALLER ID: T3



TALLER ID: T4