

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

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

Nombre	REYES VERGARA MICHELLE		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DANZA VIVA-BAILE	LUN 21:00-23:00	---	████████████████████	9
T.2	DANZA VIVA-BAILE	MIE 21:00-23:00	---	████████████████████	8
T.3	LOS CORRALEROS DE LA CUECA	JUE 20:00-22:00	---	████████████████████	15
T.4	LOS CORRALEROS DE LA CUECA-BAILE	MAR 20:00-22:00	---	████████████████████	16
T.5	TIERRA ARADA-BAILE	VIE 20:00-22:00	---	████████████████████	16

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se practica y perfecciona las danzas enseñadas en estos meses. Se fortalece las habilidades de interpretación
T.2	Durante este mes se ejecutaron actividades orientadas al fortalecimiento y la preparación de danzas. Los ensayos se realizaron de manera regular y con alto compromiso, dos veces por semana, con una duración de dos horas por sesión.
T.3	Al inicio de cada ensayo se realiza un calentamiento físico acompañado de ejercicios preparatorios, diseñados para mejorar la condición física de las participantes y reducir el riesgo de lesiones.
T.4	Durante el mes, se lleva a cabo ensayos centrados en las danzas enseñadas estos meses. Las sesiones se realizaron de manera regular, dos veces por semana, con una duración de dos horas.
T.5	Se continua con el perfeccionamiento de las danzas, ensayando dos veces por semana, con una duración de dos horas por sesión.

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

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	REYES VERGARA MICHELLE		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TIERRA ARADA-BAILE	MIE 20:00-22:00	---		17
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Durante el desarrollo de la clase se practican destrezas y habilidades de pies, postura de pañuelo, vestido, falda, manta que son específicas en la ejecución de bailes típicos. Enfocados en la técnica y precisión.
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. REYES VERGARA MICHELLE, 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. REYES VERGARA MICHELLE.

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
Comedores de la Puerca.

LUGAR DE EJECUCIÓN
CC. Padre Hurtado

NOMBRE DEL PROFESOR
Michelle Reyes Vergara

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes, Jueves - 21⁰⁰ 23⁰⁰ 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
				01. Abril.	03. Abril.	08. Abril.	10. Abril.	15. Abril.	17. Abril.	22. Abril.	24. Abril.	29. Abril.	06. Mayo.	08. Mayo.	13. Mayo.	15. Mayo.	20. Mayo.	22. Mayo.	27. Mayo.	31. Mayo.	03. Junio.	05. Junio.	10. Junio.
1 Angela Camasco.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Felipe Vega				/	P	/	P	P	J	J	/	J	J	J	P	P	P	P	J	P	J	J	J
3 Freddy Llancon.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Isidoro Gonzalez.				P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P
5 Javier Delcid.				P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Jenny Moreno				P	/	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Jore Lezcano				P	/	P	J	P	/	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Florio Eguiguren.				P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9 Pabla Collao.				P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P
10 Pedro Gonzalez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
11 Rosario Carranza.				P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
12 Sandra Valenzuela.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13 Vicente Gutierrez.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
14 Leonardo Jimenez.				P	P	P	/	/	P	P	P	P	J	P	P	/	/	J	P	P	P	P	P
15 Paula Gonzalez				P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
16 Paula Carrajal.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17 Constanza Donoso.				/	P	P	J	J	J	J	/	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P
18 Felipe Lobos.				P	P	/	J	J	J	P	J	J	J	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J
19 Sandra Villarroel.				—	—	P	P	P	P	/	/	P	P	/	P	P	P	P	/	—	—	—	—
20 Agustín Otazola.				/	P	/	P	P	/	P	/	/	/	/	P	P	P	/	P	/	P	/	/
21 Alex Salinas				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
22 Myrian Flores				P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23 Ana Beselaudh				P	P	/	/	/	J	P	J	J	P	/	/	J	J	J	J	J	J	J	J
24 Pamela Nuñez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN
20 21 19 17 17 17 20 19 17 18 16 13 19 19 20 17 16 13 18 14

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
C.C. Artístico Dango Viva

LUGAR DE EJECUCIÓN
C.C. Padre Hurtado

NOMBRE DEL PROFESOR
Michelle Rojas Vergara

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes y Miércoles 21⁰⁰ 23⁰⁰ 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
				02. Abril	07. Abril	09. Abril	14. Abril	16. Abril	21. Abril	23. Abril	28. Abril	30. Abril	03. Mayo	07. Mayo	12. Mayo	14. Mayo	19. Mayo	20. Mayo	28. Mayo	02. Junio	04. Junio	09. Junio	11. Junio
1	Ines Toledo.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Dora Ruiz.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Romica Suarez.			P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Marisol Bustamante			P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Cristina Perez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Sandra Sotihuera			P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	J	/	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Myriam Flores			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Juana Ruiz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
9	Teresita Castro.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
10	Pamela Contreras.			P	P	P	P	P	/	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	10	10	10	10	10	9	8	8	8	9	7	8	8	9	9	10	8	9	9	10
-----------------------------	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	----

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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
viernes 20⁰⁰ - 22⁰⁰

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº 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
				01 Agosto	02 Agosto	03 Agosto	04 Agosto	05 Agosto	06 Agosto	07 Agosto	08 Agosto	09 Agosto	10 Agosto	11 Agosto	12 Agosto	13 Agosto	14 Agosto	15 Agosto	16 Agosto	17 Agosto	18 Agosto	19 Agosto	20 Agosto
1	Sandra Calderon			P	P	P	P	P	P														
2	Valentina Nogueira			J	J	P	P	P	P														
3	Carmela Hincapié			P	P	P	P	J	J														
4	Elias Huilpan			P	P	P	P	P	P														
5	Rosabet Roman			P	P	P	P	P	P														
6	Catalina Galarce			J	J	J	J	P	P														
7	Felipe Sanchez			P	P	P	P	P	P														
8	Vicente Rivas			/	J	P	P	/	P														
9	Andres Cuminado			P	P	P	P	P	P														
10	Simon Valladares			P	P	P	P	P	P														
11	Stephany Villalobos			P	P	J	J	P	P														
12	Therese Portia			J	J	J	J	J	J														
13	Carolina Pizarro			P	P	P	P	P	P														
14	Emilia Villalobos			P	P	P	P	/	P														
15	Ayken Gonzalez			P	P	P	P	P	P														
16	Diana Henríquez			J	J	P	P	P	P														
17	Felipe Castro			P	P	P	P	P	P														
18	Rodolfo Nogueira			J	J	P	P	/	/														
19	Valentina Barrios			P	P	P	P	P	P														
20	Josefine Pizarro			P	P	P	P	P	P														
21	Rodolfo Sanchez			P	P	P	P	J	P														
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	15	15	18	18	15	13																	
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.



