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	RODRIGUEZ LOBOS PAULA		
RUT	[redacted]	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 10:00-12:00	---	[redacted]	6
T.2	HABILIDADES COGNITIVAS BASICO	MIE 17:00-18:00	---	[redacted]	5
T.3	HABILIDADES COGNITIVAS BASISO	LUN 17:00-18:00	---	[redacted]	5
T.4	SENSORIAL	LUN 18:10-19:10	MIE 18:10-19:10	[redacted]	5
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Mantener y/o aumentar el funcionamiento cerebral con ejercicios de memoria de trabajo, atención sostenida / focalizada, concentración, lenguaje comprensivo, lectura, escritura y calculo a través de actividades impresas y juegos de lógica.
T.2	Potenciar el funcionamiento cerebral con ejercicios de atención sostenida / alternante, memoria de trabajo, concentración, lenguaje comprensivo y lectoescritura. Utilizando juegos de lógica y actividades impresas.
T.3	Potenciar el funcionamiento cerebral con ejercicios de atención sostenida / alternante, memoria de trabajo, concentración, lenguaje comprensivo y lectoescritura. Utilizando juegos de lógica y actividades impresas.
T.4	Potenciar mediante el juego a través de actividades grupales y con estímulos sensoriales las habilidades sociales / comunicativas y funciones ejecutivas como memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva.
T.5	

Firma prestador de los servicios	Paula Rodriguez

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. RODRIGUEZ LOBOS PAULA, 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. RODRIGUEZ LOBOS PAULA .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, **AGOSTO** (mes) de 2025 (Año)

T1: Taller estimulación cognitiva básico

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	CENTRO COMUNITARIO DAGUITAS

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
PAULA RODRÍGUEZ	JUEVES: 10:00 - 12:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta) / SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	20/03/2025	27/03/2025	03/04/2025	10/04/2025	17/04/2025	24/04/2025	01/05/2025	08/07/2024	11/07/2024	22/07/2024	29/07/2024	05/08/2024	12/08/2024	19/08/2024	26/08/2024	03/09/2024	10/09/2024	17/09/2024	24/09/2024	31/09/2024
1	AURORA CAMPOS	P	P	P	P	P	P		/	J	J	P	J	/	P	P	P		J	P	P
2	NORMA RAMÍREZ	J	J	P	/	/	P		J	/	/	/	J	J	J	J	J		J	J	J
3	GLORIA SOFIA CORDERO	J	J	J	J	P	P		P	P	J	P	P	P	P	J	P		P	P	P
4	ANA PÉREZ	P	J	J	J	J	P		P	J	P	J	J	J	P	J	J		J	J	J
5	INÉS PACHECO	P	J	P	/	P	P		J	P	P	P	P	/	P	P	P		P	P	P
6	RUBEN MARTINEZ	J	P	P	P	P	J		P	P	J	J	J	J	J	J	J		J	/	/
7	MARGARITA PONCE	J	J	J	/	/	/		/	/	/	—	/	/	/	—	—	—	—	—	—
8	MARIA PONCE	P	J	J	J	J	J		/	/	/	—	—	/	/	—	—	—	—	—	—
9	ANA CAMPOS	/	/	P	P	P	P		/	P	P	P	P	/	P	P	P		P	P	P
10	LUZ COTRE															J	P		P	P	J
11	ANA MEDINA																		P	P	P
12	MARGARITA FLORES																				P
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION	4	1	5	3	4	6	3	4	4	3	4	3	4	5	3	5		5	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____
07/03/2025	GESTIÓN TERRITORIAL	(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	**PROGRAMA**	
30/11/2025	TALLER EL PERMANENTE Y DE DESARROLLO	

	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)
	07/08/2025	14/08/2025	21/08/2025																			
1	P	J	J																		SI	
2	J	J	J																		SI	
3	P	P	P																		SI	
4	P	P	P																		SI	
5	P	P	P																		SI	
6	/																				SI	
7	/																				SI	
8	/																				SI	
9	J	P	P																		SI	
10	J	J	J																		SI	
11	P	P	P																		SI	
12	P	P	P																		P	
13																						
14																						
15																						
16																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	6																			

FIRMA PROFESOR

PAUTA CONTENIDO DEL TALLER Y OBSERVACIONES

FECHA	
	ESTIMULACIÓN COGNITIVA
07/08	NORMA RAMÍREZ: JUSTIFICACIÓN MÉDICA
	ANA CAMPOS: MOTIVOS PERSONALES
	LUZ COFRÉ: JUSTIFICACIÓN MÉDICA
14/08	AURORA CAMPOS: JUSTIFICACIÓN MÉDICA
	NORMA RAMÍREZ: JUSTIFICACIÓN MÉDICA
	LUZ COFRÉ: JUSTIFICACIÓN MÉDICA
21/08	AURORA CAMPOS JUSTIFICACIÓN MÉDICA
	NORMA RAMÍREZ: JUSTIFICACIÓN MÉDICA
	LUZ COFRÉ JUSTIFICACIÓN MÉDICA

T2: Taller habilidades cognitivas

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: HABILIDADES COGNITIVAS

LUGAR DE EJECUCION: CENTRO COMUNITARIO DIAGUITA

NOMBRE DEL PROFESOR: PAULA RODRIGUEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: LUNES Y MIÉRCOLES 17:00 - 18:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			19/03/2025	26/03/2025	02/04/2025	09/04/2025	16/04/2025	23/04/2025	30/04/2025	07/05/2025	14/05/2025	21/05/2025	28/05/2025	04/06/2025	11/06/2025	18/06/2025	25/06/2025	02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025
1	AURORA MARDONES			P	P	P	P	P	A	P			P	J	J	P	J	J			J	J
2	MARTIN ORTIZ			P	P	P	P	A	J	P			J	P	P	P	J	J			J	P
3	ANGELA ERICES			P	P	P	P	P	P	P			J	P	P	/	J	J			J	P
4	LIA SALINAS			P	P	J	P	P	/	/			P	P	A	P	P	J			J	J
5	DAFNA MARDONES			P	P	A	P	P	/	/			J	J	A	/	J	J			P	J
6	MAXIMILIANO LYON			P	/	/	/	J	/	J			J	J	P	J	J	J			P	J
7	PASCAL GALLARDO			J	J	A	P	J	/	P			J	/	/	/	J	J			/	/
8	SAMUEL OLIVARES																J	J			/	/
9	HECTOR ENCINA																	P			P	P
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION			6	5	3	5	4	1	6	0	2	3	3	3	3	1	1	0	0	3	3

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____
19/03/2024	GESTIÓN TERRITORIAL	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2024	TALLERES RECREATIVOS Y DE ESPAÑOL

	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)
	06/03/2024	13/03/2024	20/03/2024	27/03/2024																		
1	J	J	J																		NO	
2	P	P	P																		NO	
3	P	P	/																		NO	
4	J	/	P																		NO	
5	P	P	P																		NO	
6	P	P	/																		NO	
7	/	/	/																		NO	
8	/	/	/																		NO	
9	P	P	P																		NO	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5	5	4																			

FIRMA PROFESOR

PAUTA CONTENIDO DEL TALLER Y OBSERVACIONES

FECHA	
	HABILIDADES COGNITIVAS (MIÉRCOLES)
06/08	AURORA MARQUEZ: MOTIVO PERSONAL
	LIA SALINAS: MOTIVO PERSONAL
13/08	AURORA MARQUEZ: MOTIVO PERSONAL
20/08	AURORA MARQUEZ: MOTIVO PERSONAL

T3: Taller habilidades cognitivas básico

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: HABILIDADES COGNITIVAS

LUGAR DE EJECUCION: CENTRO COMUNITARIO DIAGUITAS

NOMBRE DEL PROFESOR: PAULA RODRÍGUEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: LUNES Y MIERCOLES 17:00 - 18:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	17/03/2025	24/03/2025	31/03/2025	07/04/2025	14/04/2025	21/04/2025	28/04/2025	05/05/2025	12/05/2025	19/05/2025	26/05/2025	02/06/2025	09/06/2025	16/06/2025	23/06/2025	30/06/2025	07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025
1	AURORA MARDONES	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P		J		P	J	P
2	MARTIN ORTIZ	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	J		J		J	J	J
3	ANGELA ENCES	J	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P		J		P	P	P
4	LIA SALINAS	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J		J		J	P	J
5	DAFNA MARDONES	A	P	/	P	P	P	/	P	P	J	J	P	P	/		J		P	P	P
6	MAXIMILIANO IVON	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J		J		J	J	J
7	PASCAL GAVIADO	/	P	/	P	P	P	/	P	P	J	/	P	J	/		J		J	/	/
8	SAMLA ORELLANA																J		/	/	/
9	HECTOR ENCINA																		P	J	P
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION	4	5	3	5	6	7	5	6	6	4	4	6	5	2	0	0	0	4	3	4

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____
17/03/2025	GESTIÓN TERRITORIAL	(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	**PROGRAMA**	
30/11/2025	TALLERES RECREATIVOS Y DE OFICIO	

	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)
	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025																		
1	J	P	P																		NO	
2	P	P	P																		NO	
3	P	P	P																		NO	
4	P	/	P																		NO	
5	P	J	P																		NO	
6	/	J	/																		NO	
7	/	/	/																		NO	
8	/	/	/																		NO	
9	P	J	J																		NO	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5	3	5																			

FIRMA PROFESOR

PAUTA CONTENIDO DEL TALLER Y OBSERVACIONES

FECHA	
	HABILIDADES COGNITIVAS (LUNES)
04/08	AURORA MARCOLETA: MOTIVO PERSONAL
11/08	DAIZA MARCOLETA: MOTIVO PERSONAL
	MAXIMILIANO LYON: MOTIVO PERSONAL
	HÉCTOR ARCINA: JUSTIFICACIÓN MÉDICA
18/08	HÉCTOR ARCINA: JUSTIFICACIÓN MÉDICA

T4: Taller sensorial

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
SENSORIAL	CENTRO COMUNITARIO DARCHITA

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
PAULA RODRIGUEZ	LUNES Y MIERCOLES 18:10 - 19:10

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			17/03/2025	19/03/2025	24/03/2025	26/03/2025	31/03/2025	02/04/2025	07/04/2025	09/04/2025	16/04/2025	21/04/2025	23/04/2025	28/04/2025	30/04/2025	05/05/2025	07/05/2025	12/05/2025	14/05/2025	26/05/2025	28/05/2025	
1	RAFAEL CASTRO		P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	J	P	
2	DOMINGO CUBILLOS		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	
3	JOSEFINA CUBILLOS		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	
4	ANGELA CRUCES		P	P	A	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	/	/	
5	VALENTINA VALLEJOS		P	J	P	P	P	J	J	J	P	J	P	J	A	A	A	A	A	/	/	
6	STEPHANIE LEON		J	P	J	J	A	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	A	J	J	
7	AYME RIVEROS		A	P	A	P	P	A	P	P	P	P	P	J	P	A	P	J	P	J	P	
8	Francisca Sandoval			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
9	Mauricio Bastias												P	P	P	P	P	P	P	/	/	
10	Juliana Alvarez																					
11	Nahuel Rubilar																					
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	5	4	5	4	5	5	5	7	5	6	4	4	4	6	5	6	2	4	

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	LUGAR DE EJECUCION
SENCORAD	CENTRO COMUNITARIO CLAGETA

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
PAULA RODRIGUEZ	LUNES Y MIERCOLES 18:10 - 19:10

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	15/03/2021	18/03/2021	22/03/2021																	
1	RAFAEL CASTRO		P	P	P																	
2	DOMINGO CUBILLOS		P	J	J																	
3	JOSEFINA CUBILLOS		P	J	J																	
4	ANGELA ORTEGA		P	P	/																	
5	STEPHANIE LEON		/	P	/																	
6	AYME RIVEROS		P	J	P																	
7	MAURICIO BASTIAS		P	P	/																	
8	NATHUEL RUBILAR		J	J	P																	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	4	3																	

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.

PAUTA CONTENIDO DEL TALLER Y OBSERVACIONES

FECHA	
	SENSORIAL
04/08	RAFAEL CASTRO: MOTIVO PERSONAL
	STEPHANIE LEMAI MOTIVO PERSONAL
	AYTUE RIVEROS: MOTIVO PERSONAL
06/08	MAURICIO BASTIAS: MOTIVO PERSONAL
11/08	JOSEFINA CUBILLOS: MOTIVO PERSONAL
	DOMINGO CUBILLOS: MOTIVO PERSONAL
13/08	NATHUE RUBILAR: MOTIVO PERSONAL
18/08	DOMINGO CUBILLOS: MOTIVO PERSONAL
	JOSEFINA CUBILLOS: MOTIVO PERSONAL
	AYTUE RIVEROS: MOTIVO PERSONAL
	NATHUE RUBILAR: MOTIVO PERSONAL
20/08	DOMINGO CUBILLOS: MOTIVO PERSONAL
	JOSEFINA CUBILLOS: MOTIVO PERSONAL