

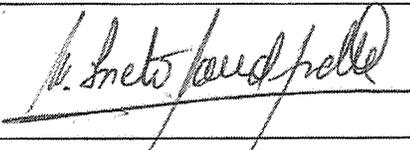
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SANDFORD ASTRAIN MARIA LORETO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

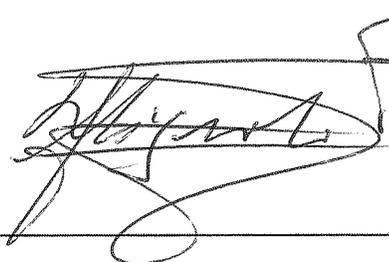
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BRIDGE BASICO	JUE 11:15-13:15	---	[REDACTED]	5
T.2	BRIDGE BASICO	MAR 16:30-18:30	---	[REDACTED]	9
T.3	BRIDGE BASICO	JUE 09:00-11:00	---	[REDACTED]	6
T.4	BRIDGE BASICO	LUN 09:00-11:00	---	[REDACTED]	11
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Redeclaración del Abridor; Tipos de mano per Fuerza (Pts) y Distribución. Ejercicios.
T.2	Sobredeclaración a las Aperturas de 1 a Palo. Respuestas del Respondedor al Abridor.
T.3	Reforzamiento de los 3 tipos de Apoyo. Definición de los Tipos de mano per Fuerza y distribución. Tablillas.
T.4	Apoyos a las Aperturas de 1 a Palo; Definición de la mano per Fuerza y Distribución. Tablillas.
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. SANDFORD ASTRAIN MARIA LORETO, 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. SANDFORD ASTRAIN MARIA LORETO .

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 Bridge Básico	LUGAR DE EJECUCION Las Jirles del Inca
NOMBRE DEL PROFESOR M ^o Ineto Valderrama	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Jueves 11:15 - 13:15

NOMBRE 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
1. Ana Luisa Zegers			J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Carolina Herrera			P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Lucy Maldonado			J	J																		
4. Inglaterra Herrera			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Myrtys Hernández			J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J
6. Wilber Schoenma			J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P
7. Kerl																						
8. Raúl Rojas			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P
9. Viviana Godoy			P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P
10. Elsa Chudimán						P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. Alejandra Charuvel																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	5	7	4	6	6	8	7	7	7	3	7	5	4	5	3	7					
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" (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
Bridge Básico

LUGAR DE EJECUCION
Sede Juan de Austria

NOMBRE DEL PROFESOR
M^a Loreto Sandford

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 16:30 - 18:30

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimida)	SESIONES	FECHA	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
				1	Mauro Reyes			P	P	T	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Dyuka Habel			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Diego de la Cruz			P	P	T	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Geovanna Molina			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Carla Marshall			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marela Esteva			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7	Angela Lugo			J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Carla Sandford			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Geovanna Rodríguez																											
10	Sara Campuzano																											
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												

N° DE ASISTENTES POR SESION																													
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "-" (BLANCO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROSOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BRIDGE BASICO

LUGAR DE EJECUCION
CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR
MA. LORETO SANDFORD ASTRAIN

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JUEVES 09:00 A 11:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			03/07/2025	10/07/2025	17/07/2025	24/07/2025	31/07/2025	07/08/2025	14/08/2025	21/08/2025	28/08/2025	04/09/2025	11/09/2025	18/09/2025	25/09/2025	02/10/2025	09/10/2025	16/10/2025
1 DE LA ROZA ARENAS FRANCISCO JORGE			J	P				P	P	P								
2 FALAH LUMI NAZIHA			J	J	P	J	P											
3 HALAT PAPIC DINKA MARIA			/	/	P	P	P		P	P								
4 MANZOR PEREZ-COTAPOS CARMEN LUZ			J	P	J	J	P	P	P									
5 MARTY CONTRERAS MONICA PAZ			J	P	J	P	P	P	P									
6 QUEZADA ESTAY MARIA MERCEDES		RET																
7 RAMOS STOFFERS MARIA EUGENIA			J	J	P	P	J	P	P									
8 SOTO OLAVARRIA BERNARDO ADOLFO		RET	P	P	P	P	J											
9 CARVALLO M DEL PILAR			-	-	P			P	P	P	P							
10 KROUSE BLONES ANA MARIA			-	-	P	P	P											
11 GUZMAN FERNANDEZ TITA			-	-	P													
12 VILLASIAN ANDRUEF GUSTAVO			-	-	-	-	-	P	P	P								
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

F E R I A D O

N° DE ASISTENTES POR SESION																		
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADOC																		

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

BRIDGE BASICO

LUGAR DE EJECUCION

CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR

MA. LORETO SANDFORD ASTRAIN

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES 09:00 A 11:00 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025	01/09/2025	08/09/2025	15/09/2025	22/09/2025	29/09/2025	06/10/2025	13/10/2025	20/10/2025
1	ATRIA CIFUENTES MANUEL AGUSTIN			P	P	P	P	J	P	P									
2	BERMEOSOLO BERTRAN MARIA			P	P	P	P	P	P	P									
3	BOBIC MILOSEVIC JELENA <i>RET.</i>			J															
4	CHOY ZEBALLOS EMA GRIMANEZA			P	P	P	P	P	P	P									
5	CORNEJO ARIAS ERNESTINA MAGDALENA			P	P	P	P	P	P	P									
6	DE LA CERDA HAYASHI MARTA			P	P	P	P	P	P	P									
7	ESTAY PALACIOS PATRICIA			P	P	P	P	J	P	P									
8	GONZALEZ YAÑEZ MARISOL CECILIA			P	J	P	P	P	P	P									
9	MARCELLI GIMENEZ MARIA INES			P	P	P	P	P	P	P									
10	MORENO RIVADENEIRA MARIA SOLEDAD			P	P	P	P	J	P										
11	RENDIC MIRANDA PERCY ALEX			P	P	P	P	P	P	P									
12	ROMERO ESPINOZA MARIA ISABEL			P	P	P	P	J	P	P									
13	VENEGAS MORVAN PAULINA HENRIETTE			P	P	P	P	P	J	J									
14	<i>Sturrock CABEZAS ROIRA</i>			J	J	P	P	P	P	P									
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

N° DE ASISTENTES POR SESION	12	12	13	13	9	12	11
% DE ASISTENCIA POR SESION							
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC							

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

