

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

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

Nombre	TERAN MOSCOSO LORENA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

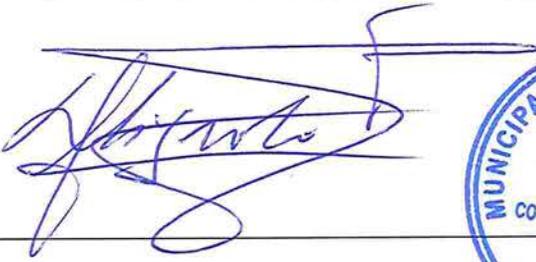
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE ENTRETENIDO	MAR 17:45-18:45	JUE 17:45-18:45	[REDACTED]	6
T.2	ZUMBA	MAR 19:45-20:45	JUE 19:45-20:45	[REDACTED]	5
T.3	ZUMBA	MAR 21:00-22:00	JUE 21:00-22:00	[REDACTED]	5
T.4	ZUMBA	LUN 21:00-22:00	MIE 21:00-22:00	[REDACTED]	8
T.5	ZUMBA	LUN 19:15-20:15	MIE 19:15-20:15	[REDACTED]	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizo durante este mes, cambio de coreografías y ritmos de bailes, cómo bachata, salsa y merengue.
T.2	Se realizó diferentes tipos de ritmos de baile y coreografías, cómo reguetón, bachata, entre otros.
T.3	Se realizó coreografías mas firtness, que se trabaja los abdominales y glúteos, cómo también brazos.
T.4	Se realizó distintos pasos de baile con técnicas más complejas, para que las alumnas aprendan a manejar mejor su cuerpo.
T.5	Se realizó coreografías nuevas que permites hacer nuevos ejercicios en cada clase y ritmo.

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. TERAN MOSCOSO LORENA, 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. TERAN MOSCOSO LORENA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

T.1

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Braille Entrenamiento

LUGAR DE EJECUCIÓN
S.D.U. Portal los Dominicos.

NOMBRE DEL PROFESOR
Lorena Terañ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes y Jueves 17:45 a 18:45.

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
1 Maniela Alvarez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Loreto Ahumada			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Laura Retamales			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Natalia Hernandez			S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Ines Rodriguez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Ivan Baeza			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Beatriz Opazo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Patricia Atamirano																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 7 8 6 6 5 8 4 6 5 7 5 6 5 5 6 4 3 4 4 5

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

T. 2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Zumba

LUGAR DE EJECUCION
JDV Manuel Rodríguez

NOMBRE DEL PROFESOR
Lorena Terán

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes y Jueves 19:45 A 20:45

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
1 Susana Chancía		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Diana Albino		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Gladys Tejada		J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J	J	J	P
4 Erico Farias		P	P	J	J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J
5 Piedad Morales		J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6 Estela Palacios		J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P
7 Carmen Palma		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
8 Carmen Gomez											P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION 14 14 16 16 16 16 17 15 15 14 15 14 16 16 17 15 15 10 7

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

Galaxy A32

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 Zumba	LUGAR DE EJECUCION SDU Condesas
NOMBRE DEL PROFESOR Loera Terán	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Martes y Jueves 21:00 A 22:00

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	
1 Verónica Adellana			P	S	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	S	P	P	P	S	P	P	S
2 Viviana Gonzalez			P	S	P	P	P	P	S	P	S	P	P	P	P	P	P	S	P	S	P	S	P
3 Adriana Venegas			P	S	P	S	S	P	S	S	P	S	S	P	P	P	S	S	P	P	S	P	S
4 Genoveva Palma			P	P	S	P	P	S	S	S	S	P	P	P	P	S	S	P	P	S	P	P	S
5 Carmen Noza			P	S	P	P	S	S	P	S	P	S	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	S
6 Karina Morales			S	S	S	S	S	S	P	P	P	S	S	P	S	P	P	P	P	S	P	S	P
7 Nilca Abrón			P	S	P	P	S	P	S	P	P	S	P	S	S	S	P	P	P	S	P	S	P
8 Suana Cabales																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION **16 10 6 9 13 5 9 15 16 10 5 16 11 6 11 15 14 10**

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

Galaxy A32

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.

T.4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Zumba	LUGAR DE EJECUCION SDV Condessa
NOMBRE DEL PROFESOR Lorna Tercan	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Lunes y Miércoles 21:00 A 22:00

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
1 Veronico Orellana		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Rafael Tober		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Adriano Venegas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Carmen Meza		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Fabiel Diaz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Diannys Marceno		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Bertha Conzaca		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Vilviana Gonzalez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Genoveva Palma																					
10 Anelice Barattova																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION **6 6 6 10 8 9 9 5 5 7 7 5 8 6 7 4 10 6 0 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

Galaxy A32

SE DEBERA 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
17-3

DEPARTAMENTO
Deportes

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30-11

PROGRAMA
talleres Recreativos 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)
	N	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U		
1	P	P	P	P	P	S	S	S	P	S	P	S	S	F	P	P	P	P			NO	
2	P	S	S	P	P	S	P	S	S	P	S	P	P	P	E	P	S	P	P	P	NO	
3	S	P	P	P	P	P	S	S	S	S	P	S	S	B	S	P	P	P	P	P	NO	
4	P	P	P	P	S	P	P	S	S	S	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	
5	P	P	P	P	P	P	S	S	S	S	P	P	P	A	P	P	S	P	P	P	NO	
6	P	S	S	P	S	P	P	S	S	S	P	S	P	S	P	P	S	P	S	P	NO	
7	P	P	P	P	P	P	S	S	S	P	S	P	S	O	P	S	P	S	P	P	NO	
8	S	P	P	P	S	P	P	S	S	S	P	P	S		P	P	P	S	P	P	SI	NO
9																	P	P	S	P	NO	
10																					NO	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

6 6 6 3 5 4 6 0 0 3 0 8 4 5 0 8 6 4 6 3


FIRMA PROFESOR

T.5

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Zumba

LUGAR DE EJECUCION
SDU Condesa 5

NOMBRE DEL PROFESOR
Lorena Teran

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes y Miercoles. 19:15 A 20:15.

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
1 Sessico Agostete			P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P
2 Pacho Villercos			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Gloria Rivelo			P	P	P	P	S	P	P	P	P	S	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Marlene Venepcos			P	P	P	S	P	P	S	P	P	P	P	S	S	S	P	P	P	P	P	P
5 MONICO DIAZ			P	P	P	S	P	P	P	S	S	S	S	P	P	S	S	P	P	P	P	P
6 DANAE CONTRAL			S	S	P	S	P	S	P	P	S	S	S	P	P	S	P	P	P	S	P	P
7 Nery Jimenez			P	S	P	S	S	P	P	P	S	S	S	S	P	P	S	S	P	P	S	S
8 Susana Vidal			S	S	S	S	S	P	P	S	S	S	S	P	P	S	P	P	P	P	S	P
9 Cordino Gonzalez			S	S	S	P	S	P	P	P	P	P	P	P	S	S	P	S	P	P	P	P
10 Carolino Mandujano																						
11 Kevin Salinas																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION 6 9 7 4 6 7 8 8 5 4 4 6 7 5 6 8 7 7 7 8

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

Galaxy A32

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

