

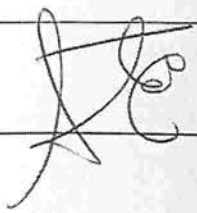
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	TONDREAU DEL CAMPO ANDREA		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 11:00-13:00	---	[REDACTED]	7
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 11:00-13:00	---	[REDACTED]	7
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 11:15-13:15	---	[REDACTED]	7
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 14:00-16:00	---	[REDACTED]	6
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	LUN 15:00-17:00	---	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	TRABAJAMOS EN LA PERCEPCIÓN VISUAL, ATENCIÓN SOSTENIDA, IDENTIFICACIÓN Y MEMORIA DE ESTÍMULOS VISUALES A CORTO PLAZO.
T.2	PERCEPCIÓN VISUAL, ATENCIÓN SOSTENIDA, IDENTIFICACIÓN Y MEMORIA DE ESTÍMULOS VISUALES A CORTO PLAZO.
T.3	PERCEPCIÓN VISUAL, ATENCIÓN SOSTENIDA, IDENTIFICACIÓN Y MEMORIA DE ESTÍMULOS VISUALES A CORTO PLAZO.
T.4	PERCEPCIÓN VISUAL, ATENCIÓN SOSTENIDA, IDENTIFICACIÓN Y MEMORIA DE ESTÍMULOS VISUALES A CORTO PLAZO.
T.5	PERCEPCIÓN VISUAL, ATENCIÓN SOSTENIDA, IDENTIFICACIÓN Y MEMORIA DE ESTÍMULOS VISUALES A CORTO PLAZO.

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

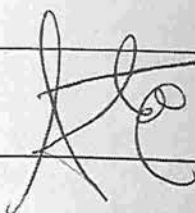
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	TONDREAU DEL CAMPO ANDREA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	---	██████████	5
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	PERCEPCIÓN VISUAL, ATENCIÓN SOSTENIDA, IDENTIFICACIÓN Y MEMORIA DE ESTÍMULOS VISUALES A CORTO PLAZO.
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. TONDREAU DEL CAMPO ANDREA, 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. TONDREAU DEL CAMPO ANDREA.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Mente Activa	Coliches, Jr. Bilbao Doqueno
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Andrea Tondreau	Martes 11:00 - 13:00

[illegible]

DE ASISTENCIA

F. INICIO 11/04	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	

[illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Mente Activa

LUGAR DE EJECUCIÓN

Junta de vecinos Los Almendras

NOMBRE DEL PROFESOR

Andrea Tondreau

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

lunes 11:00 - 13:00

	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
					17/03	24/03	31/03	7/04	14/04	21/04	28/04	5/05	12/05	19/05	26/05	2/06	9/06	23/06	30/06	7/07	14/07	21/07	28/07	4/08
1	Veronica de la Puente				P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P
2	Cecilia Arriagada				P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Patricia Lazo				P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Paul Contreras				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P
5	Gretel El Moro				/	/	P	P	/	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Cecilia Arias				P	P	/	/	/	/	/	/	P	/	P	P	J	J	P	P	/	P	P	P
7	Adriana Lasterria				/	/	/	/	/	/	/	/	P	/	P	P	J	J	P	P	/	P	P	P
8	Georgina Alvarez				/	/	P	/	P	P	P	J	P	J	P	P	/	/	/	P	P	/	P	P
9	Beatriz Palma																							P
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MINIMA :
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	11/08	18/08																		
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				

¿ES ADULTO
MAYOR?

(SI / NO)

PRESENTA
CERTIF.
MÉDICO

(SI / NO)

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Mente Activa

Mente Activa

LUGAR DE EJECUCIÓN
Granis, Jr. El Golf Norte

LUGAR DE EJECUCIÓN
Granis, Jr. El Golf Norte

NOMBRE DEL PROFESOR
Andrea Toncheau

NOMBRE DEL PROFESOR
Andrea Toncheau

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes 11:15 - 13:15

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes 11:15 - 13:15

[illegible]

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TÉRMINO

PROGRAMA

[illegible][illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Mente Activa.	Glamis, J.V El Golf Norte.
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Andrea Tondreau	Jueves 14:00 - 16:00

[illegible]

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____ (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TÉRMINO	PROGRAMA	

[illegible][illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Mente Activa.

NOMBRE DEL PROFESOR
Ana Maria Condrean

LUGAR DE EJECUCION
Posa dugans / J.V La Gloria

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	
lunes	15:00 - 17:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

[illegible][illegible]

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

[illegible]

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
(SI / NO)	(SI / NO)

PRESENTA
CERTIF.
MEDICO
(SI / NO)

1	P	P
2	P	P
3	P	P
4	P	P
5	P	P
6	P	J
7	J	P
8		
9	/	/
10	J	J
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Estimulación Cognitiva

LUGAR DE EJECUCIÓN
UCAM Hernando de Magallanes

NOMBRE DEL PROFESOR
Andrea Tondreau

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miércoles 11:15 - 13:15

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	Nº																			
			F E C H A																			
1	Marcela Mardonez		4/10/06	P	P	P	/	P	P	P	J	P	P	J								
2	Margarita Vebelhor		11/10/06	P	J	J	/	/	/	/	J	P	J	J								
3	Lisel Martin Aichele		18/10/06	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P								
4	Silvia Urban		25/10/06	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P							
5	Sylvia Gantz		2/10/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
6	Anita Hagelweis		9/10/07	P	P	P	J	P	/	P	J	J	J	J								
7	Patricia Valenzuela		23/10/07	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
8	Carmen Munita		30/10/07	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P							
9			6/10/08																			
10			13/10/08																			
11			20/10/08																			
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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 PA
EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.



