

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

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

Nombre	VARGAS TAPIA YOCELYN		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 10:00-11:00	JUE 10:00-11:00		5
T. 2	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30		5
T. 3	---	---	---	---	
T. 4	---	---	---	---	
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	REALIZAMOS ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA PERCEPCION TIEMPO ESPACIO USANDO IMPLEMENTOS: SILLAS, PELOTAS DE ESPONJA Y PELOTAS DE PILATES
T.2	LAS ALUMNAS HAN REALIZADO EJERCICIOS DE FUERZA RESISTENCIA CON SU PESO CORPORAL Y DINAMICAS PARA LA CONCENTRACION
T.3	
T.4	
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. VARGAS TAPIA YOCELYN, 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. VARGAS TAPIA YOCELYN .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
GIMNASIA ADULTO MAYOR	
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
YOLLYN VARGAS T.	MARTES Y JUEVES 10:00 A 11:00 H

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)	S E S I O N E S	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
			18-03	20-03	25-03	27-03	01-04	03-04	08-04	09-04	15-04	22-04	24-04	29-04	01-05	06-05	13-05	15-05	20-05	22-05		
1 CAMPOS SARA			/	/	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	/	/	/	/	P	J		
2 CUADRA M VERONICA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	P	P		
3 OSES DIORES DEL C.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	P	P		
4 PINO M ANA			/	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	J	J		
5 POBLETE MILDA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	J	P		
6 SALINAS ELENA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	P	P		
7 SALVADOR M ESTER			/	/	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	/	/	/	/	J	J		
8 GOMEZ MARGARITA			P	P	P	P	P	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																						

N° DE ASISTENTES POR SESION 5 5 5 6 6 5 4 7 6 6 7 8 7 10 0 0 0 0 0 5 5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (SLASH) 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, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA :
17-03	DEPORTES	8
F TERMINO	PROGRAMA	(Con mencio del adulto as debe evaluar e intensidad del taller)
30-11	TALLERES RECREATIVOS Y DES	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIFICADO MEDICO
	27-05	27-05	03-06	05-06	12-06	12-06	17-06	19-06	24-06	26-06	01-07	03-07	08-07	10-07	15-07	19-07	22-07	24-07	29-07	31-07	05-08	07-08	12-08	14-08	(SI / NO)	(SI / NO)
1	J	P	P	P	P	J	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
2	P	P	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
3	P	P	P	P	P	/	/	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
4	P	J	P	P	P	/	/	P	J	P	P	J	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
5	P	P	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
6	P	J	S	J	P	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	SI	SI
7	J	J	J	J	P	/	/	J	P	/	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	SI	SI
8	P	P	P	P	P	/	/	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	SI	SI
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										

0 5 6 7 7 0 0 5 5 6 6 4 7 7 7 8 7 5 7 6 6 6 5 4

FIRMA DEL PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)	S E S I O N E S	F E C H A	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11	29-01-11
1 CAMPOS SARA			P	J	J	P																		
2 CUADRA M VERONICA			P	P	P	P																		
3 OSES DIORES M			P	P	P	P																		
4 PINO M ANA			J	J	J	J																		
5 POBLETE MILDA			J	J	J	P																		
6 SALINAS ELENA			P	P	J	P																		
7 SALVADOR H. ESTER			/	J	P	J																		
8 GOMEZ MARGARITA			P	/	P	J																		
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION 5 3 4 5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (BARRA) 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, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER GIMNASIA ADULTO MAYOR	LUGAR DE EJECUCION [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR YOCELYN VARGAS	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER MARTES Y JUEVES 11:30 A 12:30 H

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
1 CANEO M ANGELICA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 GUTIERREZ DORA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 GUERRA M PATRICIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 LOPEZ VARGAS NIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 OLEA PURISIMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 PEÑA LUZ MARIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 PINILLA HAYDEE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 PIZARRO MARIO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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																				

N° DE ASISTENTES POR SESION 7 5 5 4 5 5 5 5 4 6 7 6 6 0 0 0 0 0 0 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

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 AEROBOX
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F INICIO 17-03	DEPARTAMENTO DEPORTES	INSCRIPCION MINIMA : 8 (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F TERMINO 30-11	PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DES	

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
27-03	29-03	03-04	15-04	10-04	12-04	19-04	24-04	01-05	08-05	15-05	22-05	29-05	05-06	12-06	19-06	26-06	03-07	10-07	17-07	24-07	31-07	07-08	14-08
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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																							

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

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F TERMINO	PROGRAMA	

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
27-03	29-03	03-04	15-04	10-04	12-04	19-04	24-04	01-05	08-05	15-05	22-05	29-05	05-06	12-06	19-06	26-06	03-07	10-07	17-07
1	P	P	P																
2	P	P	P																
3	P	P	P																
4	P	P	P																
5	P	P	P																
6	P	P	P																
7	P	P	P																
8	P	P	P																
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

7 6 6

FIRMA PROFESOR

