LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO

Nombre	CORREA POBLETE MARIA ANGELICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DESARROLLO PERSONAL	MAR 15:30-17:30	---	[redacted]	9
T.2	DESARROLLO PERSONAL	JUE 15:30-17:30	---	[redacted]	8
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Lectura Libro, Reflexión Como hacer cosas buenas. Marian Rojas Estape. La 2ª hora jugamos o Trabajamos donde potenciamos la parte Cognitiva "Atención, Concentración, Asociación,
T.2	Leemos el libro, y reflexionamos sobre él mismo. La 2ª hora jugamos o trabajamos potenciando la parte Cognitiva. Asociación, Concentración, Atención"
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. CORREA POBLETE MARIA ANGELICA, RUT: [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes JULIO 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 JULIO 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. CORREA POBLETE MARIA ANGELICA .

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, **JULIO** (mes) de 2025 (año)

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Desarrollo Personal	Lo Rabida

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
M. Angélica Crelen	Martes 15:30 – 17:30

Nº	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	SESIONES / FECHA	18 Marzo	25 Marzo	1 Abril	8 Abril	15 Abril	22 Abril	29 Abril	6 Mayo	13 Mayo	20 Mayo	3 Junio	10 Junio	17 Junio	24 Junio	1 Julio	8 Julio	15 Julio	23 Julio	30 Julio	
1	Rebeca Cifuentes		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓			
2	Inés Carranza		Viaje				✓	✓	✓		✓		-	✓		✓		✓			
3	Dina Rojas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓		✓			
4	Patricia Rudloff		Ingreso						✓	✓	✓		✓	✓		✓	17 de [illegible] Taller	✓			
5	Cristian [illegible]	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓			
6	Macarena Fuentes	Fuera Stgo					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-		-		-			
7	Olivia Sanhueza	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓		✓		✓			
8	Marcela Gacit		Ingreso				✓	✓		✓		✓	✓	✓		✓		✓			
9	A. María Burgos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓			
10																					
11																					
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

... MÉDICO AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Desarrollo Personal

LUGAR DE EJECUCION: La Ratita

NOMBRE DEL PROFESOR: Mª Angelica Correa

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Vie 15:30 - 17:30

	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		20 Marzo	28 Marzo	03 Abril	10 Abril	24 Abril	1 Mayo	8 Mayo	15 Mayo	22 Mayo	29 Mayo	5 Junio	12 Junio	19 Junio	26 Junio	3 Julio	10 Julio	17 Julio	24 Julio	31 Julio	
1	Gabriela Arcas		✓	✓	✓	-	✓		✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	-	✓			
2	Mercedes Parra		✓	✓	✓	-	✓		✓	✓	-	✓	-	✓		✓	✓	✓	✓			
3	Gabriela Jiménez			✓	✓	-	-		✓	✓	✓	-	-			✓	✓	✓	✓			
4	Vicki Schiffrut		✓	✓	✓	-	✓		✓	✓	✓	✓						✓	✓			
5	Gabriel Opazo		✓	✓		-	✓		✓	/	✓	✓	✓	✓				✓	✓			
6	Ivonne Billaut				✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓			
7	Margarita Gonzalez					-	-			✓	✓					✓	✓	✓	-			
8	Zaida		✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓		✓	✓				✓	✓	-			
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION																					

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.