

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	LUN 09:00-10:00	VIE 09:00-10:00	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	7
T.2	PILATES	LUN 10:15-11:15	VIE 10:15-11:15	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	7
T.3	PILATES	MAR 10:30-11:30	JUE 10:30-11:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	4
T.4	PILATES	MAR 18:30-19:30	JUE 18:30-19:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	6
T.5	PILATES	LUN 11:30-12:30	VIE 11:30-12:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajo: día lunes tren inf con roller abdominales, piernas, elongaciones con ladrillo trabajo día viernes tren superior material mancuernas trabajo de brazos espalda y elongación
T.2	Trabajo día lunes tren inf material roller tobilleras, abdominales, piernas elongación con ladrillo trabajo día viernes tren superior material mancuernas, trabajo brazos abdominales elongación con balón pequeño
T.3	Trabajo día martes tren superior brazos, espalda, abdominales y elongaciones, material mancuernas, balón pequeño y ladrillo trabajo jueves tren inf piernas, abdominales glúteos, con aro, y balón pequeño
T.4	Trabajo día martes tren superior materiales mancuernas y balón chico ,brazos ,espalda ,abdominales, elongación trabajo día jueves materiales balón chico ,aro, ladrillo ,trab pierna, glúteo ,abdominales
T.5	Trabajo tren inf materiales balón chico , aro , ladrillo, trab pierna , glúteo, espalda , abdominales elongaciones. Trab tren sup materiales mancuernas balón chico , ladrillo, trabajo brazos, abdominales, espalda elonga

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

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

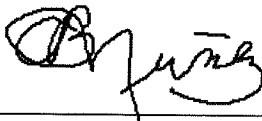
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

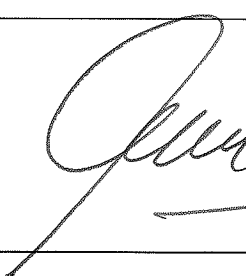
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PILATES	LUN 18:30-19:30	MIE 18:30-19:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	4
T.7	PILATES	LUN 20:00-21:00	MIE 20:00-21:00	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	11
T.8	PILATES TERAPEUTICO	MAR 12:00-13:00	JUE 12:00-13:00	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	5
T.9	PILATES	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	5
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Trab lunes tren superior mancuernas balón chico ladrillo ,trab brazos, abdominales, espalda ,glúteos. Trab miércoles tren inf materiales balón chico , ladrillo, aro, trab pierna , abdominales glúteo, elongación.
T.7	Trabj lunes tren sup materiales, mancuerna, balón chico, l ladrillo, trab brazo, espalda, abdominales ,glúteos elong trabajo miércoles tren inf materiales aro, ladrillo, balón chico , trabajo piernas , glúteo ,abdominales elongación.
T.8	Trabajo con silla materiales balón chico ,aro, banda elástica ,ladrillo, trab de equilibrio elongación de cadera ,elongación cintura escapular, fortalecimiento ,piernas y brazos.
T.9	Trabj martes tren inf materiales roller, trabajo de pierna ,glúteo, abdomen, isquiotibiales trabajo jueves tren sup materiales mancuernas trabajo brazos ,espalda abdomen, glúteos, elongación
T.10	

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

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. NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA, 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. NUÑEZ CARRASCO ANA BERTHA.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

	
T1	T2
	
T3	T4
	
T5	T6
	
T7	T8
	
T9	

Planilla Control de Asistencia

Taller: PILATES

Lugar: CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

Profesor: ANA BERTHA NUÑEZ

Día - Horario: LUNES Y VIERNES 09:00-10:00 HRS

Nombre Alumnos (Favor de usar letra imprenta)		S E S I O N E S	N° F E C H A S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				04.07.25	07.07.25	11.07.25	14.07.25	18.07.25	21.07.25	25.07.25	28.07.25								
1	FUENZALIDA ARGOMEDO LILY TATIANA			P	P	P	J	P											
2	JAIMES FLORES MARIA ANTONIA			/	/	/	/	/											
3	HUSTADO PASTEN VICTOR			J	P	P	P	P											
4	IBARRA LANDEROS SILVIA			P	P	P	P	P											
5	PINCHEIRA MACHUCA TAMARA DANAE			/	/	/	/	/											
6	RIVERA LOYOLA MARIELA ALEJANDRA			P	P	P	P	P											
7	SALVAT DE LENZNER MARIANA			P	J	J	J	P											
8	SELOWSKY HIRSCHLER SILVIA			P	P	J	J	J											
9	SIMUNOVIC BERNALES MARIA ALEJANDRA			P	P	P	P	P											
10	VASQUEZ ROZAS SILVIA MONICA			P	P	P	P	P											
11	SIERRALTA HINOJOSA PAULINA			/	/	/	/	/											
12	MARTINEZ CANIGUAN TERESA			J	P	P	P	P											
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
N° Asistentes por sesión				7	8	7	6	8											
% Asistencia por sesión																			
% Promedio asistencia acumulado																			

Marque con una "P" si alumno asistio a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

Marque con un "/" si alumno no asistio a clases

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

F. TERMINO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA :

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

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

[illegible]

Q. B. June

Planilla Control de Asistencia

Taller: PILATES

Lugar: CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

Profesor: ANA BERTHA NUÑEZ

Día - Horario: LUNES Y VIERNES 10:15-11:15 HRS

Nombre Alumnos (Favor de usar letra imprenta)		S E S I O N E S	N° F E C H A S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				04.07.25	07.07.25	11.07.25	14.07.25	18.07.25	21.07.25	25.07.25	28.07.25								
1	CEBALLOS HOFFMAN PATRICIA MARIA			P	P	J	P	P											
2	GUERRA CABALLERO GINA TATIANA			J	P	P	P	J											
3	IBARRA LANDEROS SILVIA PURISIMA																		
4	IGLESIAS VILLARROEL JUAN DAMIAN			P	P	P	P	P											
5	KAZTMAN MALENA RENATA			P	J	J	J	J											
6	PINCETTI GUZMAN BERNARDITA			J	J	P	P	P											
7	RAMIREZ LAGOS NATALIA ANDREA			J	J	J	P	P											
8	SABALLO DE QUILEN CARMEN ZENaida			J	P	P	P	J											
9	MORALES CARRASCO CATALINA			J	P	P	P	P											
10	SOTO FUENZALIDA MARIA VERONICA			P	P	P	P	P											
11	OLMEDO ISLA ALEJANDRA			P	P	P	P	P											
12	ROJAS MUÑOZ ERIKA			J	J	J	J	J											
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
N° Asistentes por sesión				5	7	7	9	7											
% Asistencia por sesión																			
% Promedio asistencia acumulado																			

Marque con una "P" si alumno asistio a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

Marque con un "I" si alumno no asistio a clases

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

F. TERMINO

PROGRAMA

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

[illegible][illegible]

AB June

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Pilates

LUGAR DE EJECUCIÓN
Cristobal Colon 7000 Torre D

NOMBRE DEL PROFESOR
Ana B. Yunes

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
martes y jueves	10:30 a 11:30

[illegible][illegible]

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

F. INICIO

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA :

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

F. TERMINO

PROGRAMA

[illegible][illegible]

Agune

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible]A blank grid paper with a vertical margin on the left side. The margin contains numbers 1 through 25, arranged vertically. The grid itself is composed of small squares, suitable for graphing or drawing.[illegible][illegible]

By _____

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Pilates	Cristobal Colon 7000 Torre D
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Ana B. Nuñez	Lunes y Viernes 11:30 a 12:30

		SESIONES	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					30.07.25	04.07.25	07.07.25	11.07.25	14.07.25	18.07.25	21.07.25	25.07.25	28.07.25	01.08.25										
1	Garcia Diaz Ana Gabriela	P	J	P	P	P	P																	
2	Graupio Pozo Sahara	P	P	J	P	P	P																	
3	Fernandez Costena A. Patricia	J	J	J	P	P	P																	
4	Cabrera Lomeyo Leticia Judith	P	P	J	P	J	P																	
5	Masumi Vargas Ana Maria	P	J	P	P	P	P																	
6	Arancibia Calderon Sylvia	J	P	J	P	J	P																	
7	Costernas Perez Catalina	P	J	J	J	J	J																	
8	Vargas Irujo Rosa	P	P	P	P	P	P																	
9	Mirslmann Diamant Anna	J	P	P	J	P	P																	
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	6	5	4	7	6	8																		
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA	

[illegible][illegible]

24 June

	PLANILLA CONTROL
--	-------------------------

LUGAR DE EJECUCIÓN
Cuatrecas Colon 7000 Torre D

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
Lunes y Miércoles	18:30 a 19:30

[illegible][illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Pelotas	Santa Rita 9135

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Ana B. Nuñez	Lunes y Miércoles 20:00 a 21:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	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
				02.07.25	07.07.25	09.07.25	14.07.25	16.07.25	21.07.25	23.07.25	28.07.25	30.07.25											
1	Araya Duran Nancy	P	P	P	P			P															
2	Anos Pulido Riti Nival	P	P	P	P			P															
3	Barrera V. Soledad	P	P	J	J			P															
4	Beltrán O. Sandra E.	J	J	J	J			J															
5	Calderon E. Belén I.	/	/	/	/			/															
6	Briceño M. Flor Elena	P	J	P	P			P															
7	Cayungueo M. Jovita	P	P	P	P			P															
8	Concha Curiñanco Julia	P	J	P	P			P															
9	Contreras V. Lorena A.	J	/	/	/			/															
10	Escobar D. Sandra A.	J	J	J	P			P															
11	Jara Fuentes M. del Pilar	J	J	J	P			P															
12	Lambert Espinoza Paz	J	J	J	J			P															
13	Jara Cayungueo Paula A.	P	P	J	P			P															
14	Lamcopah H. Veronica	J	J	J	P			P															
15	Mendez Velazco Fernanda	J	P	J	P			P															
16	Pino Arguon Mirtha P.	/	/	/	/			P															
17	Rivera Tapia Nelly	J	J	J	J			P															
18	Rivera Tapia Rosa E.	/	/	/	/			P															
19	Rondon de Abreu Machi	P	P	P	P			P															
20	San Martin Charro Vera	P	J	P	J			P															
21	Sanchez Goloy Paulina	J	P	J	P			P															
22	Tapia Sandoval Virginia	/	/	/	/			/															
23	Torres Amico Jocelyn	P	J	J	P			P															
24	Valenzuela A. Luz	P	J	J	P			P															
25	Valenzuela V. Susy	/	/	/	/			P															
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN				11	8	7	13	14															

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO

DEPARTAMENTO

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

FECHA TÉRMINO

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
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																				

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


FIRMA PROFESOR

Planilla Control de Asistencia

Taller: PILATES TERAPEUTICO

Lugar: CENTRO COMUNITARIO PATRICIA 2023

Profesor: ANA BERTHA NUÑEZ

Día - Horario: martes-jueves 12:00 A 13:00 hrs

Nombre Alumnos	SESIONES	Nº FECHAS	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
			13-may	15-may	20-may	22-may	27-may	29-may	03-jun	05-jun	10-jun	12-jun	17-jun	19-jun	24-jun	26-jun	01-jul	03-jul
1 MARIA LUTGARDA ABARZUA			P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J
2 NANCY ARAYA			P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J
3 JULIA CONCHA			P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P
4 ANA ESPINOZA			P	J	P	J	J	J	P	J	J	J	P	J	J	P	P	P
5 MARCELA MARIN			P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P
6 CATALINA MORALES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P
7 NELDA NAVARRETE <i>MIRIAM</i>			P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	J	P
8 CECILIA RAGUILEO																		
9 SILVIA REYES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J
10 MARIA MISTERIA VILLAGRAN			J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	P	P
<i>Juana Ortiz</i>			P	J	P	J	J	J	P	J								
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
Nº Asistentes por sesión																	21	6
% Asistencia por sesión																		
% Promedio asistencia acumulado																		

Marque con una "P" si alumno asistio a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

Marque con un "I" si alumno no asistio a clases

Planilla Control de Asistencia

Taller: PILATES TERAPEUTICO

Lugar: CENTRO COMUNITARIO PATRICIA 2023

Profesor: ANA BERTHA NUÑEZ

Día - Horario: martes-jueves 12:00 A 13:00 hrs

	Nombre Alumnos	SESIONES	Nº FECHAS	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
				08-jul	10-jul	15-jul	17-jul	22-jul	24-jul	29-jul	31-jul	05-ago	07-ago	12-ago	14-ago	19-ago	21-ago	26-ago	28-ago
1	MARIA LUTGARDA ABARZUA			P	P	P	P												
2	NANCY ARAYA			P	J	P	P												
3	JULIA CONCHA			P	J	P	P												
4	ANA ESPINOZA			J	J	J	J												
5	MARCELA MARIN			J	J	J	J												
6	CATALINA MORALES			P	J	J	P												
7	NELDA NAVARRETE			P	P	P	P												
8	SILVIA REYES			J	J	J	J												
9	MARIA MISTERIA VILLAGRAN			J	P	J	P												
10	JUSSY VALENZUELA						P												
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
Nº Asistentes por sesión				5	3	2	7												
% Asistencia por sesión																			
% Promedio asistencia acumulado																			

Marque con una "P" si alumno asistio a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

Marque con un "I" si alumno no asistio a clases

PLANILLA CONTROL

LUGAR DE EJECUCIÓN
Cristobal Colon 7000 Torre

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
martes y jueves 9:00 a 10:00	

[illegible]

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]