



**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	PADILLA VIO MARIA SOLEDAD		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MINDFULNESS	MAR 11:15-13:15	--	LA RABIDA 5300	5
T.2	MINDFULNESS Y MEDITACION	JUE 10:00-12:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	7
T.3	MINDFULNESS Y MEDITACION	MAR 09:00-11:00	--	LA RABIDA 5300	7
T.4	YOGA BASICO	LUN 10:00-11:00	MIE 10:00-11:00	JUAN DE AUSTRIA 1539	5
T.5	YOGA BASICO	LUN 11:15-12:15	MIE 11:15-12:15	JUAN DE AUSTRIA 1539	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<i>Bienvenida, Meditación y Conexión. Se trabaja clase teórica acerca de las chakras.</i>
T.2	<i>Bienvenida, práctica de Meditación. Se trabaja temis: Collage de grupo y Respiración.</i>
T.3	<i>Bienvenida, práctica de meditación. Se trabaja temis: collage de grupo y Respiración</i>
T.4	<i>Clase de yoga: conexión inicial, ASANAS, ejercicios físicos y relajación final.</i>
T.5	<i>Pris na istauctum clase: conexión inicial, ASANAS y posturas de yoga, ejercicios físicos y relajación.</i>

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

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO

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

<b>Mes</b>	<b>JULIO</b>
------------	--------------

<b>Nombre</b>	<b>PADILLA VIO MARIA SOLEDAD</b>		
<b>RUT</b>	[REDACTED]	<b>Período del Contrato</b>	<b>01/05 - 30/11 2025</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	YOGA INTERMEDIO	LUN 14:00-15:00	JUE 14:00-15:00	LA RABIDA 5300	7
T.7	YOGA INTERMEDIO	MAR 13:30-14:30	JUE 13:15-14:15	LA RABIDA 5300	7
T.8	BIENESTAR INTEGRAL	MAR 15:00-17:30	--	JUAN DE AUSTRIA 1539	9
T.9	-	--	--	--	
T.10	-	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	<i>Estructura clase: conexión inicial, Asanas, ejercicios físicos y relajación final.</i>
T.7	<i>Clase: Conexión inicial, Asanas, ejercicios físicos y relajación o Shavasana final.</i>
T.8	<i>Saludo, Actividades específicas: 1. Realización collage. 2. Dharma coctas (compete) 3. Respiración y relaj. 4. ejercicios de movimientos de yoga en silla</i>
T.9	
T.10	

<b>Firma prestador de los servicios</b>	
---	--





**LAS CONDES**  
MUNICIPALIDAD

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.











# PLANILLA CONTROL

**NOMBRE DEL TALLER:** Yoga intermedio I.  
**LUGAR DE EJECUCION:** Junta de Vecinos Los Derrambes de...  
**NOMBRE DEL PROFESOR:** Soledad Padilla.  
**DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER:** Lunes 17:30 / jueves 14:30.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESION FECHA	DIA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Alicia Cubillas	17/03	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 Francis Marin		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Maria del Carmen Espino		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 Ana Encarnada																					
5 Mariana Cepeda																					
6 Beatriz Concha		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 Patricia Leon		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 Concepcion Silva				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9 Rosanna Alvarez																					
10 Anahi Silva		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11 Cristina Gonzalez				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12 Lila Brissmanis																					
13 Ana Maria Flores																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 5 5 6 5 2 3 6 5 5 8 10 7 7 8 8 7 14 6 6

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 AEROBIX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

**F. INICIO:** 17/03  
**DEPARTAMENTO:**  
**F. TERMINO:** 30/04  
**PROGRAMA:** Talleres recreativos y de desarrollo.

**INSCRIPCION MINIMA:** 5  
 (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DIA																				¿ES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI/NO)	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
4																							
5																							
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 10

  
 FIRMA PROFESOR

# PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: YOGA II

LUGAR DE EJECUCION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESOR: Soledad Pachillo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Lunes y Miércoles 11:15 - 12:15

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Almendra Lopez		17	19	24	26	27	29	30	31	03	05	07	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	Roberto Marino		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Madalena Ojeda		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Silvia Delgado		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	María Teresa Lopez		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	María Angélica		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Francisca Aguilar		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	Araceli Viana		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 18

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "X" (BLANCO) 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.

# DE ASISTENCIA

F. INICIO: 17/13

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

F. TERMINO: 18/16

PROGRAMA: Talleres preventivos y de desarrollo

INSCRIPCION MINIMA: 5  
(Con menos de mínimo se debe analizar la continuidad del taller)

N	FECHA	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
1	17	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	24	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	27	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	29	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	30	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	31	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

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

4 3 3 3 3 2 4 4 4 2 4 4

FIRMA PROFESOR

