

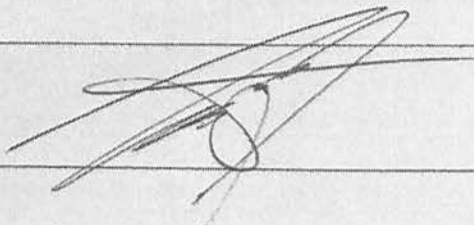
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	REYES VERGARA MICHELLE		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DANZA VIVA-BAILE	LUN 21:00-23:00	—	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	9
T.2	DANZA VIVA-BAILE	MIE 21:00-23:00	—	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	9
T.3	LOS CORRALEROS DE LA CUECA	JUE 20:00-22:00	—	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	16
T.4	LOS CORRALEROS DE LA CUECA-BAILE	MAR 20:00-22:00	—	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	16
T.5	TIERRA ARADA-BAILE	VIE 20:00-22:00	—	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	17

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Durante este mes se llevaron a cabo actividades enfocadas en el fortalecimiento y la preparación de nuevas danzas. Los ensayos se desarrollaron de manera regular y comprometida 2 veces por semana, con una duración de 2 horas por sesión.
T.2	Se práctica y perfeccionan las danzas típicas de las regiones Norte, Centro y Sur del país. Estas actividades contribuyen a mantener vivas las tradiciones culturales y fortalecer las habilidades de las participantes en la interpretación de su patrimonio folclórico.
T.3	Durante el mes, se realizaron ensayos centrados en las danzas tradicionales de las regiones de la Patagonia y el Centro del país. Las sesiones se llevaron a cabo de manera regular, dos veces por semana, con una duración de dos horas cada una.
T.4	Al inicio de cada ensayo, se practicaba un calentamiento físico acompañado de ejercicios preparatorios, diseñados para mejorar la condición física de los participantes y reducir el riesgo de lesiones.
T.5	Fortalecer y perfeccionar las habilidades en bailes tradicionales de las regiones de la Patagonia y el Centro del país, promoviendo la conservación de las expresiones culturales. Se realizan ensayos dos veces por semana, con una duración de dos horas cada sesión.

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	REYES VERGARA MICHELLE		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TIERRA ARADA-BAILE	MIE 20:00-22:00	---	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	16
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	El desarrollo de destrezas y habilidades específicas en la ejecución de bailes típicos, práctica de bailes regionales de Patagonia y del Centro, enfocados en la técnica y precisión. Cada ensayo es un avance en el mejoramiento en la técnica de los bailarines.
T.7	
T.8	
T.9	
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. REYES VERGARA MICHELLE, 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. REYES VERGARA MICHELLE.

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

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
C.C. Artístico Tiena Arado.	C.C. Padre Hurtado
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Nicolas Rizo Vergara	M-V. 20 ⁰⁰ 22hrs

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
1 Sandra Calderon.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Valentina Plonque			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Camila Henriquez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Montserrat Ortiz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Elias Huilipan.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Montserrat Roman.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Catalina Galarce			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8 Joaquin Barrios			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 Catalina Riquelme			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Felipe Sanhueza.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 Vicente Divas.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12 Andres Cuminao			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13 Simon Valladares.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14 Stephany Villalobos			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
15 cote san Martin			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
16 joaquin milafil			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
17 constanza Reyes			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18 Emilia villalobos			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19 Ayleen gonzales			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 Debora Henriquez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21 Felipe castro			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
22 Rodrigo miguel			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23 valentina Barales			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 Josefina pñu			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	16	16	15	14	16	16	16	16	14	19	15	18	18	17	20	18	16	11	14	16	17
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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

F. INICIO
01.04.2025

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :

(Con menos del mínimo no debe evaluarse continuidad del taller)

F. TÉRMINO
30.11.2025

PROGRAMA

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
C.C. Artístico Domingo Vira	C.C. Padre Hurtado
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Michelle Rojas Vergara	Viernes y Sábado 21 ⁰⁰ 23 ⁰⁰ hrs

	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
					02. Abril	07. Abril	09. Abril	14. Abril	16. Abril	21. Abril	23. Abril	28. Abril	30. Abril	05. Mayo	07. Mayo	12. Mayo	14. Mayo	19. Mayo	20. Mayo	28. Mayo	02. Junio	04. Junio	09. Junio	11. Junio
1	Ines Toledo.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Dora Muñoz.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Monica Suarez.				P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Marisol Bustamante				P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Cristina Perez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Sandra Santuero				P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	J	/	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Myriam Flores				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Juana Muñoz				P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
9	Terecita Castro.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
10	Pamela Contreras.				P	P	P	P	P	/	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	10	10	10	10	10	9	8	8	8	9	7	8	8	9	9	10	8	9	9	10
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

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

PROGRAMA

[illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Comaleros de la Pucallpa.	CC. Padre Hurtado
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Michelle Reyes Vergara	Martes y Jueves - 21 ⁰⁰ 23 ⁰⁰ hrs.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	FECHA																			
			01. Abril.	03. Abril.	08. Abril.	10. Abril.	15. Abril.	17. Abril.	22. Abril.	24. Abril.	29. Abril.	06. Mayo.	08. Mayo.	13. Mayo.	15. Mayo.	20. Mayo.	22. Mayo.	27. Mayo.	29. Mayo.	03. junio.	05. junio.	10. junio.
1. Angela Carrasco.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Felipe Vega			/	P	/	P	P	J	J	/	J	J	J	P	P	P	P	J	P	J	J	J
3. Freddy Uancopar.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Inolara Gonzalez.			P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P
5. Javier Delcid.			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Jenny Moreno			P	/	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Jose Lozano			P	/	P	J	P	/	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Florio Eguiguren.			P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9. Pabla Collao.			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P
10. Pedro Gonzalez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
11. Rosario Carranza.			P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
12. Sandra Valenzuela.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13. Vicente Gutierrez.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
14. Leonardo Jimenez.			P	P	P	/	/	P	P	P	P	J	P	P	/	/	J	P	P	P	P	P
15. Paula Gonzalez			P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
16. Paula Carrajal.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17. Constanza Sanzo.			/	P	P	J	J	J	J	J	/	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P
18. Felipe Lobos.			P	P	/	J	J	J	P	J	J	J	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J
19. Sandra Villarroel.			—	—	P	P	P	P	/	/	P	P	/	P	P	P	P	/	—	—	—	—
20. Agustín Otazola.			/	P	/	P	P	P	/	P	/	/	/	/	P	P	P	/	P	/	P	/
21. Alex Salinas			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
22. Nyrion Flores			P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23. Ana Beselduch			P	P	/	/	/	J	P	J	P	/	/	J	J	J	J	J	J	J	J	J
24. Pamela Nuñez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 20 21 19 17 17 17 20 19 17 18 16 18 19 19 20 17 16 13 18 17

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.