

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

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

Nombre	TONDREAU DEL CAMPO ANDREA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 11:00-13:00	---	COLICHEO 1985	6
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 11:00-13:00	---	REINA ASTRID 880	6
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 11:15-13:15	---	GLAMIS 3404	6
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 14:00-16:00	---	GLAMIS 3404	7
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	LUN 15:00-17:00	---	ROSA OHIGGINS 54	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajamos en inhibición de estímulos, coordinación de movimientos y trabajo de ambos hemisferios.
T.2	Trabajamos en inhibición de estímulos, coordinación de movimientos y trabajo de ambos hemisferios.
T.3	Trabajamos en inhibición de estímulos, coordinación de movimientos y trabajo de ambos hemisferios.
T.4	Trabajamos en inhibición de estímulos, coordinación de movimientos y trabajo de ambos hemisferios.
T.5	Trabajamos en inhibición de estímulos, coordinación de movimientos y trabajo de ambos hemisferios.

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

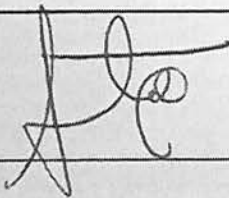
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	TC .JREAU DEL CAMPO ANDREA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	7
T.7	—	---	---	---	
T.8	—	---	---	---	
T.9	—	---	---	---	
T.10	—	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Trabajamos en inhibición de estímulos coordinación de movimientos y trabajo de ambos hemisferios
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. TONDREAU DEL CAMPO ANDREA, 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. TONDREAU DEL CAMPO ANDREA.

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

Mente Activa

LUGAR DE EJECUCION

Colicheo, JV Bilbao Duqueco

NOMBRE DEL PROFESOR

Andrea Tondreau

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes 11:00 - 13:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				1/04	8/04	15/04	22/04	29/04	6/05	13/05	20/05	27/05	3/06	10/06	17/06	24/06	1/07	8/07	15/07				
1	Ada Moreno	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	/	/	/	P	P				
2	Yesica Dominguez	P	P	P	P	P	/	/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Jorge Galvez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J			
4	Marilda Gonzalez	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P				
5	Carolina Bordev	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P				
6	Olivia Avalos	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	Renato Garcia	P	P	I	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	P	P	P	P				
8	Victoria Montecinos	P	P	I	P	P	P	P	P	P	J	/	/	/	/	P	P	P	P				
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 "/" (SLASH) 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 PARTICIPAN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Mente Activa

LUGAR DE EJECUCIÓN

Junta de vecinos Los Almendros

NOMBRE DEL PROFESOR

Andrea Tondreau

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Wnes 11:00 - 13:00

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	Veronica de la Puente	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	
2	Cecilia Arriagada	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	J	P	P	J	P	P		
3	Patricia Laso	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P		
4	Paul Contreras	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P		
5	Gretel El Moro	/	/	P	P	/	P	P	P	J	J	J	P	J	J	P	J		
6	Cecilia Arias	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P		
7	Adriana Lasterria	/	/	/	/	/	/	/	P	/	P	P	J	J	P	P	/		
8	Georgina Alvarez	/	/	P	/	P	P	P	J	P	J	P	P	/	/	/	P		
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

° 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

DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN
LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Mente Activa

LUGAR DE EJECUCIÓN

Glamis, Jr. El Golf Norte

NOMBRE DEL PROFESOR

Andrea Tondreau

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Lunes 11:15 - 13:15

	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
					20/03	27/03	3/04	10/04	17/04	24/04	8/05	15/05	22/05	29/05	5/06	12/06	19/06	3/07	10/07	17/07				
1	Clara Weinstein				P	/	J	P	/	P	P	P	P	P	J	P	J	/	P	J				
2	Julia Pessaj				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	/	P	P				
3	Angelica Vogel				/	/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	/	P	P				
4	Eduardo Muñoz				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P				
5	Susana Domínguez				/	/	/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P				
6	Elvira Morales				P	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	P	/	P	J			
7	Veronica Undurraga				/	P	/	P	P	P	/	/	/	/	/	P	P	P	/	P	J			
8	M. Wisa Soto				/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P				
9	Rosmarie Fuchslocher								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
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

NOMBRE DEL TALLER
Mente Activa.

NOMBRE DEL PROFESOR
Andrea Tondreau

LUGAR DE EJECUCIÓN
Glamis, J.V El Golf Norte.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Jueves 14:00 - 16:00

	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
				20/03	27/03	3/04	10/04	17/04	24/04	8/05	15/05	22/05	29/05	5/06	12/06	19/06	3/07	10/07	17/07				
1	Pabla Barrientos			P	P	P	P	P	P	/	P	P	/	/	P	J	P	P	P				
2	Gabriela Solar			P	P	P	J	J	J	P	P	J	P	P	J	P	P	J	/				
3	Nancy Anila			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	/	/	P	P	P				
4	Isabel Piña			P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	/	/	P	P	J				
5	Violeta Saca			P	P	P	P	P	J	J	/	/	/	P	J	J	P	P	P				
6	Nira Valdes			P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	Isabel Troncoso			J	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P				
8	Cecilia Ingunza			Renunció																			
9	Soledad Gonzalez											P	P	P	P	P	J	P	P				
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

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

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.

NOMBRE DEL TALLER

Estimulación Cognitiva

LUGAR DE EJE

NOMBRE DEL PROFESOR

Andrea Tondreau

DÍAS Y HORARIO DE EJECU

Miercoles 11:15 - 13:15

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº
FECHA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

4/10/06 11/10/06 18/10/06 25/10/06 2/11/07 9/11/07

1 Marcela Mardonez

2 Margarita Vebelhor

3 Lisel ~~Martini~~ Aichele

4 Silvia Urban

5 Sylvia Gantz

6 Anita Hagelweis

7 Patricia Valenzuela

8 Carmen Munita

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

P P P / P P
P J J / /
P P P / P P
P P P P P P
P P P J P /
/ P P P P P
P P J P P P