



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	VUKASOVIC SOTO PIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE ENTRETENIDO	MAR 19.00-20.00	JUE 19.00-20.00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	8
T.2	BAILE ENTRETENIDO	MAR 10.50-11.50	JUE 10.50-11.50	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5
T.3	BAILE ENTRETENIDO	LUN 14.40-15.40	MIE 13.30-14.30	ALCANTARA 434	5
T.4	BAILE ENTRETENIDO	LUN 17.45-18.45	MIE 17.45-18.45	GLAMIS 3404	2
T.5	BAILE ENTRETENIDO	LUN 16.30-17.30	MIE 16.30-17.30	GLAMIS 3404	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)	
T.1	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio en múltiples direcciones.	
T.2	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio en múltiples direcciones.	
T.3	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio en múltiples direcciones.	
T.4	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio en múltiples direcciones.	
T.5	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio en múltiples direcciones.	

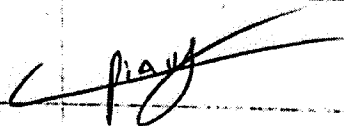
Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

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

Mes		JULIO	
Nombre	VUKASOVIC SOTO PIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	BAILE ENTRETENIDO	LUN 13:30-14:30	MIE 11:30-12:30	ALCANTARA 434	3
T.7	BAILE ENTRETENIDO	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	LA RABIDA 5300	6
T.8	BAILE ENTRETENIDO	LUN 09:30-10:30	MIE 09:30-10:30	CHARLES HAMILTON 301	5
T.9	-	-	-	-	
T.10	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio EN múltiples direcciones.
T.7	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio EN múltiples direcciones.
T.8	ENSEÑANZA de pasos intermedios de varios ritmos, trabajo de resistencia con intervalos y uso del espacio EN múltiples direcciones.
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. VUKASOVIC SOTO PIA, 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. VUKASOVIC SOTO PIA.

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.







ONLINE BALE ENTRETENDO - TURVES

40



ÚLTIMA HORA



1080

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Yoga	LUGAR DE EJECUCIÓN Salón 1003
NOMBRE DEL PROFESOR P. Salazar	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER Lunes 5:00 AM - 6:00 AM

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Mayúscula)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Clara Sandoval	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Patricia Contreras	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Luisa M. Pardo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
María Domínguez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
María Zamora	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Rosario Sandoval	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Verónica Ramírez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Estela Hernández	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Laura Rodríguez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
María Pardo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
María Pardo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 5 5 6 7 4 6 5 4 2 5 8 9 6 2 2 5 1 4 1 1

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTE A CLASES
MARQUE CON UN "X" (CARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTE A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO 01/05	DEPARTAMENTO Calle 5	INSCRIPCIÓN MINIMA (Con menos de 10 personas se cancela la inscripción del taller)
F. TÉRMINO	PROGRAMA	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
22	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
24	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

13-135-4

ES ADULTO MAYOR?	PRESENTE CERT. MEDICO
(SI/NO)	(SI/NO)

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCIÓN	
BATE KUBARKOIN		CINCE	
NOMBRE DE PROFESOR		DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
P.A. KOKASAK		LUNES Y MARTES 16:00 HORAS	

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION	3	9	4	5	5	5	2	2	2	4	5	6	3	3	3	3	4	1	2
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

INATOLE COM LHA "P" E ALUNHO AGITIO A CLASSE
MARQUE COM LHA "C" (MARIA) E ALUNHO NO AGITIO A CLASSE
MARQUE COM LHA "L" E ALUNHO NA ANTICIPAÇÃO DO INATOLE ENDA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
02/09	
F. TERMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MINIMA : _____

[illegible][illegible][illegible]

[Signature]
 JAMES E. HENNING

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Salv. Submarino	La Haviña 5300
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
V. Naranjo	mañ y tarde 08:00 a 17

[illegible]

R DE ASISTENTE FON SIONA R D E T E M P O A N I C E F U L B K

研究人員指出,「非」是介乎「有」和「無」之間的一個新字。

BRANCH OF CREDIT "1" DELIVERED BY ALLIANCE AND ASSOCIATED COMPANIES

RECEIVED BY THE DIRECTOR, FBI, 11/11/68 10:45 AM

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

DE ASISTENCIA

F. PRATICO	DEPARTAMENTO	INDICAZIONE MINIMA
01/04		c. 8
F. TERMINO	PROGRAMMA	Con riferimento alla data di cui è data indicazione con l'elenco dei numeri

[illegible]

1990年12月31日

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCIÓN	
PALE EN LA TENED		GLAIS	
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
Pia Hernandez		MARTES Y MIÉRCOLES 17:00 Horas	

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

9	9	4	2	4	3	3	4	2	4	4	2	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

ENTRADA MAYORES QUE PARTICIPEN

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	DEPARTAMENTO
02/04	
F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 05
(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
	18 $\frac{18}{06}$	13 $\frac{13}{06}$	15 $\frac{15}{06}$	30 $\frac{30}{06}$	01 $\frac{01}{07}$	01 $\frac{01}{07}$	01 $\frac{01}{07}$													
1	S	P	P	P	P	S	R	S												
2	S	S	S	S	S	C	S													
3	S	S	S	S	S	S	C	S												
4	-	-	-	-	-	-	V	-												
5	-	-	-	-	-	-	R	-												
6	S	P	P	P	P	S	E	S												
7	S	S	S	S	S	S	R	S												
8	S	P	P	P	S	S	A	S												
9							R													
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

1 3 3 3 2 0 - 0

[illegible]


FIRMA PROFESOR

[illegible]

SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN CLASES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. EL PARTICIPANTE SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

F. RPIDIO	DEPARTAMENTO	INSCRIÇÃO INTERNA:	005
02/04		15 dias antes da matrícula no curso	
F. TERMO	PROGRAMA	inscrição antecipada até 15 dias	

[illegible][illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
DATE <i>entretendo</i>	<i>La rabida</i>
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
<i>Pia Velez</i>	<i>martes y viernes 08:00 am</i>

[illegible][illegible]

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN CÓDIGO DE VOTACIÓN
F. TÉRMINO	PROGRAMA	

A black and white photograph of a large, empty graph paper grid. The grid is composed of small squares. The top edge is labeled with numbers 1 through 38. The left edge is labeled with numbers 1 through 25. A metal clip is visible on the left side, holding the paper in place.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL ALUMNO	LUGAR DE EJECUCION
Carlos Guzman M.	Guatemala
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
P. Guzman	Lunes 9 de mayo 13.30 a 15.30

[illegible]

Nº DE AGENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "T" SEAL IMPROBABLE TO BE CLASSED
MARQUE CON UNA "T" SEAL IMPROBABLE TO BE CLASSED
MARQUE CON UNA "T" SEAL IMPROBABLE TO BE CLASSED

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

P. INICIO	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN MINIMA
01/04		(Escriba brevemente el contenido de cada actividad controlando el tiempo)
P. TÉRMINO	PROGRAMA	

71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

1	S	S	S	S	P	L	S
2	S	S	S	S	S	S	S
3	S	S	S	S	P	P	P
4	S	S	S	S	P	P	P
5	-	-	-	-	-	-	-
6	S	S	S	P	P	P	P
7	S	P	S	S	S	S	S
8	P	P	P	P	P	P	P
9	S	S	S	P	P	C	S
10	S	S	S				
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

[illegible]

LESADO BRYON	PRESENTE CERT. MEDICO
(S1 190)	(D1 190)

三、四、五、六、七、八、九、十

