

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

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	ARAYA BUSTAMANTE ABDON		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PINTURA OLEO BASICO	VIE 10:00-12:00	—	JUAN DE AUSTRIA 1539	5
T.7	PINTURA OLEO BASICO	JUE 16:00-18:00	—	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	7
T.8	PINTURA OLEO BASICO	MAR 10:00-12:00	—	ZANZIBAR PONIENTE 7024	7
T.9	PINTURA OLEO BASICO	VIE 12:15-14:15	—	JUAN DE AUSTRIA 1539	6
T.10	PINTURA OLEO BASICO	MAR 12:30-14:30	—	ZANZIBAR PONIENTE 7024	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	SE TRABAJA EN OBRAS ABSTRACTAS Y FIGURATIVAS DE GRAN FORMATO
T.7	SE INTRODUCE LA TÉCNICA DEL CUADRIPLADO DE UNA PEQUEÑA FOTO A UN GRAN FORMATO 30 cm a 210 cm
T.8	SE TRABAJA EN DIVERSOS FORMATOS Y ESTILOS.
T.9	SE TRABAJA EN OBRAS ABSTRACTAS Y FIGURATIVAS DE GRAN TALLADO
T.10	SE TRABAJA EN DIVERSOS FORMATOS ABSTRACTOS

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

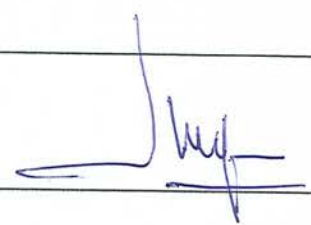
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	ARAYA BUSTAMANTE ABDON		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CERAMICA GRES BASICO	VIE 18:00-20:00	—	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	8
T.2	DIBUJO Y ACUARELA BASICO	JUE 09:30-11:30	—	JUAN DE AUSTRIA 1539	6
T.3	ESCULTURA GRES BASICO	VIE 15:00-17:00	—	JUAN DE AUSTRIA 1539	5
T.4	ESCULTURA GRES BASICO	LUN 12:45-14:45	—	ZANZIBAR PONIENTE 7024	8
T.5	ESCULTURA GRES BASICO	LUN 15:00-17:00	—	ZANZIBAR PONIENTE 7024	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	SE TERMINARON UNA SERIE DE 30 PIEZA Y FORMEN AL HORNO PROXIMA ETAPA SERA LA PINTURA.
T.2	SE SIGUE TRABAJANDO EN DIBUJOS CON LA TECNICA COMPLETA DE LA GUADEPA HUMEDO SOBRE HUMEDO Y SECO.
T.3	SE TRABAJA EN ESCULTURAS EN TAMAÑO MENOR 30 cm.
T.4	SE TRABAJA EN PEQUEÑAS ESCULTURAS Y EN POCILLOS UTILITARIOS (BANDejas JARROS FUENTES)
T.5	SE TRABAJA EN PEQUEÑAS ESCULTURAS Y EN POCILLOS UTILITARIOS

Firma prestador de los servicios	
---	--

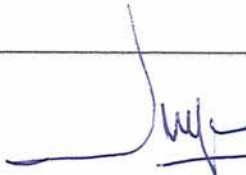
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	ARAYA BUSTAMANTE ABDON		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	PINTURA OLEO INTERMEDIO	JUE 18:15-20:15	—	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	6
T.12	PINTURA ACUARELA BASICO	MAR 15:00-17:00	—	TEZCUCO 1283	6
T.13	—	—	—	—	
T.14	—	—	—	—	
T.15	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	SE INTRODUCEN LA TÉCNICA DEL CUADRICULADO, DE UNA FOTO PEQUEÑA A UN BORRADOR FERMATO
T.12	SE ENSEÑA LA TÉCNICA DE TUNADO SOBRE HUMEDO AL TRAZO EN TINTA
T.13	
T.14	
T.15	

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

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. ARAYA BUSTAMANTE ABDON, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 AGOSTO 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. ARAYA BUSTAMANTE ABDON.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
ESULTURA EN GRES

LUGAR DE EJECUCION
VIERNES IMBABAYUNDI

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

NOMBRE DEL PROFESOR
A. ARAÑA B.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	
VIERNES 18 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	

F. TERMINO

PROGRAMA

[illegible][illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION	
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	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
AUSPENA

LUGAR DE EJECUCION

J.V. SAN PEDRO

NOMBRE DEL PROFESOR
Abdou Souda

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

JUEVES 9:30 a 11:30

F. INICIO

DEPARTAMENTO

F. TERMINO

PROGRAMA

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

[illegible][illegible][illegible]

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 PARTICIPEN

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
ESULTURA EU GRES

LUGAR DE EJECUCIÓN
SAN PEDRO - JUAN DE AUSTRIA

NOMBRE DEL PROFESOR
ARIDEN BRAY

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
viernes 15 ^{na} a 17 ^{na}	

F. INICIO

DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO

PROGRAMA

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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, HIROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

JUNES DE 13⁰⁰ - 14⁰⁰

INSCRIPCION MINIMA : 7
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Recreación y de Desarrollo

[illegible][illegible]

N° 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														

9 8 8 9 8 8 7 6 6

25
= 8

F

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.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA	
--------------------------------	--

NOMBRE DEL TALLER
ESCRITURA EN GRES

NOMBRE DEL PROFESOR
ARJON ARJA B

LUGAR DE EJECUCION
TANZIBAR POWITE 4024

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	
LUNES	15 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰

F. INICIO
17-3-28

DEPARTAMENTO
Gestión de Talleres

F. TERMINO
30-11-25

PROGRAMA
Recreativo y de Desarrollo

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

[illegible][illegible][illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION							6	6	5		7	5	6			7	4	6
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	---	---	---	--	--	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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 LAS CLASES DE GIMNASIA ZUMBA HIROGIMNASIA NATACION ARTES MARCIALES Y AEROBOY

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER
PINTURA OLEO

LUGAR DE EJECUCION
JUSU DE AOSTRIA

NOMBRE DEL PROFESOR
ABDON DRAMA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
VIERNES 10⁰⁰ 12⁰⁰

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	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
			MARZO			ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO
1 AUGUSTA ANTOLI			21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1
2 EDITH ROJAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 SYLVIA TACCO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 SYLVIA ABARCA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 PAOLA ROMERO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 ENRIQUETA ARANCIBIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 LUCIA MUÑOZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 PAMELA MORALES					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 DAVID MARSHALL																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
8	15	22																	
1																			
2	P	P																	
3	P	P																	
4	P	P																	
5	J	J																	
6	P	J																	
7	J	J																	
8	/	/																	
9	P	P																	
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

¿ES ADULTO MAYOR?
(SI / NO)

PRESENT. CERTIF. MEDICO
(SI / NO)

Nº DE ASISTENTES POR SESION

6 6 5 5 4 4 6 6 7 6 6 6

54

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

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL PROFESOR
ABDON DEJESUS D.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	
JUEVES	16 ⁰⁰ a 18 ⁰⁰

DEPARTAMENTO

PROGRAMA	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

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

[illegible][illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION	
4 4 5 6 6 6 5 5 5	6 6 6 6 6 6 6 6
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES MARQUE CON UNA "I" (SLACH) 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.

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Talleres Recreación y...

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA	
--------------------------------	--

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION	F. INICIO	DEPARTAMENTO
PINTURA	MANIZABONA 7024		
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	F. TERMINO	PROGRAMA
ARISON ARBYA	MARTES 12 a 14		

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

[illegible][illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION	
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	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

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

FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL PROFESOR
ABDOL AZIZA

LUGAR DE EJECUCIÓN
TEXACO / 283

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
MARTES	1500 a 1700 HRS

F. INICIO	F. FIN	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESP. TECNICA	RESP. ECON.	RESP. ADM.
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	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35
36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63
64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77
78	79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90	91
92	93	94	95	96	97	98
99	100	101	102	103	104	105
106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119
120	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	133
134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147
148	149	150	151	152	153	154
155	156	157	158	159	160	161
162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175
176	177	178	179	180	181	182
183	184	185	186	187	188	189
190	191	192	193	194	195	196
197	198	199	200	201	202	203
204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217
218	219	220	221	222	223	224
225	226	227	228	229	230	231
232	233	234	235	236	237	238
239	240	241	242	243	244	245
246	247	248	249	250	251	252
253	254	255	256	257	258	259
260	261	262	263	264	265	266
267	268	269	270	271	272	273
274	275	276	277	278	279	280
281	282	283	284	285	286	287
288	289	290	291	292	293	294
295	296	297	298	299	300	301
302	303	304	305	306	307	308
309	310	311	312	313	314	315
316	317	318	319	320	321	322
323	324	325	326	327	328	329
330	331	332	333	334	335	336
337	338	339	340	341	342	343
344	345	346	347	348	349	350
351	352	353	354	355	356	357
358	359	360	361	362	363	364
365	366	367	368	369	370	371
372	373	374	375	376	377	378
379	380	381	382	383	384	385
386	387	388	389	390	391	392
393	394	395	396	397	398	399
400	401	402	403	404	405	406
407	408	409	410	411	412	

DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO	
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	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

PROGRAMA

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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.

FIRMA PROFIT