



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MOSAICO AVANZADO	MAR 13:30-15:30	---	LA CAPITANIA 255	7
T.2	MOSAICO AVANZADO	MAR 15:45-17:45	---	LA CAPITANIA 255	8
T.3	MOSAICO BASICO	JUE 09:00-11:00	---	LAS VERBENAS 9191	6
T.4	MOSAICO BASICO	JUE 11:00-13:00	---	LAS VERBENAS 9191	6
T.5	MOSAICO BASICO	MIE 10:00-12:00	---	TOLTEN 8115	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	El mosaico es una disciplina artística que permite la expresión creativa a través de la combinación de materiales, colores y texturas lo cual las alumnas trabajan en este momento
T.2	El mosaico es una disciplina artística que permite la expresión creativa a través de la combinación de materiales, colores y texturas lo cual las alumnas trabajan en este momento
T.3	El mosaico es una disciplina artística que permite la expresión creativa a través de la combinación de materiales, colores y texturas lo cual las alumnas trabajan en este momento
T.4	El mosaico es una disciplina artística que permite la expresión creativa a través de la combinación de materiales, colores y texturas lo cual las alumnas trabajan en este momento
T.5	El mosaico es una disciplina artística que permite la expresión creativa a través de la combinación de materiales, colores y texturas lo cual las alumnas trabajan en este momento

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

Nombre	ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	MOSAICO BASICO	MIE 12:15-14:15	—	TOLTEN 8115	6
T.7	—	—	—	—	
T.8	—	—	—	—	
T.9	—	—	—	—	
T.10	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	El mosaico es una disciplina artística que permite la expresión creativa a través de la combinación de materiales, colores y texturas lo cual las alumnas trabajan en este momento
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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. ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA, 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. ARELLANO CASTRO AMADA VIOLETA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER MOSAICO	LUGAR DE EJECUCION CAPITANIA
NOMBRE DEL PROFESOR AMABO ARELLANO	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Mar 7es 13:30 a 15:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N S E S I O N E S	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
			18-1-3	25-1-10	1-2-10	8-2-10	15-2-10	22-2-10	29-2-10	13-3-10	20-3-10	27-3-10	3-4-10	10-4-10	17-4-10	24-4-10	1-5-10	8-5-10	15-5-10	22-5-10	29-5-10	5-6-10
1 PAULINA NEUMAN	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 FRANCISCO CANCINO	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3 LUCY RAMIREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4 CRISTINA CONTRERAS	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5 CRISTIAN CALDERON	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 PATRICIA SUAZO	J	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	J	P	P
7 ANGELOS CERESO	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P
8 MARILYN FURATP	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
9 PATRICIA GAJARDO	J	P	J	P	P	/	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10 PEDRO GUTIERREZ	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION	6	10	7	10	7	8	10	7	9	7	7	11	4	10	5	6	5	5	5	7
-----------------------------	---	----	---	----	---	---	----	---	---	---	---	----	---	----	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO Mar 7es	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 10 (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO NOVIEN	PROGRAMA	

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

[Firma]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER MOSAICO	LUGAR DE EJECUCION CAPITANIA
NOMBRE DEL PROFESOR ANA Ds / Helleu	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Juanes 15³⁰ A 17³⁰

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		SESIONES	N E C H A	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18 marzo	25 marzo	1 abril	8 abril	15 abril	22 abril	29 abril	13 mayo	20 mayo	27 mayo	3 junio	10 junio	17 junio	24 junio	1 julio	8 julio	15 julio	22 julio	29 julio	5 agosto	12 agosto
1	SANDRA VASQUEZ			J	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	PAULINA NEUMAN			P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P
3	FRANCISCO CAJUNO			J	D	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	LUCY RAMIREZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P
5	GEORGIA AGUIRRE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J
6	ANGELES CEREZO			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P
7	MARILYN FUENTES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	MONICA CASTILLO			P	/	P	P	P	P	P	P	J	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	VERENA RIVERO						P	P	P	P	P	P	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 SESION: 6 7 7 9 10 10 5 5 6 6 5 10 7 7 7 10 10 5

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO Marzo	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 9 (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO NOV.	PROGRAMA CREATIVOS y desarrollo	

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MURAL	Verbenas
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
ANITA ARIAS CASTRO	JUEVES 9 ⁰⁰ A 11 ⁰⁰ Hrs.

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	
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

6	5	5	4	4	7	7	7	5	5	4	6	5	6	6	5	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DE ASISTENCIA PLASANCIA 9⁰⁰ A 11⁰⁰

PLASMA 900 A 1100

F. INICIO	DEPARTAMENTO
11/1/30	
F. TÉRMINO	PROGRAMA
	PROSA 100

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible]

**¿ES ADULTO
MAYOR?**

(SI / NO)

PRESEN
CERTIF.
MÉDICO

(SI / NO)

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

MUCHACHO

LUGAR DE EJECUCIÓN
Verbenas

NOMBRE DEL PROFESOR
ANUSA Arellos

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	5	4	4	4	6	6	5	4	3	5	5	5	5	5	6	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ASISTENCIA MOSAICO 900 A 11⁰⁰

F. INICIO
Arz

DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO

PROGRAMA
MOSAICO

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

[illegible][illegible][illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER TOSAIUO	LUGAR DE EJECUCIÓN Toltén, JV. C16
NOMBRE DEL PROFESOR Diana Mello	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER Miércoles 10 ⁰⁰ a 12 ⁰⁰

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIÓN	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			4 JUNIO	11 JUNIO	18 JUNIO	25 JUNIO	2 JULIO	9 JULIO	16 JULIO	23 JULIO	30 JULIO	6 AGOSTO	13 AGOSTO	20 AGOSTO	27 AGOSTO							
1 CRISTIANA JIMENEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
2 VICTORIA CASTILLO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J							
3 Isabel			P	P	J	J	J	J	P	P	P	J	J	J								
4 VERONICA MACNIER			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
5 CAROLINA ROJAS			J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P								
6 FIAN VALENZUELA			P	P	P	P	J	P														
7 BIA FUENTES									P	P	P	P	P	P								
8 DANIELO KLEIMAN									P	P	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 SESIÓN	5	5	3	5	5	0	0	7	6	0	5	5										
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
YOGA	Tolten JU C 16
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
ANABEL	Miércoles 1200 A 1400 Hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	CRISTINA Jimenez			4 JUNIO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
2	VICTORIA CASTILLO			11 JUNIO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
3	Isabel			18 JUNIO	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	J								
4	Veronica MacNiver			25 JUNIO	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P								
5	Fran Valenzuela			2 JUNIO	P	P	P	P	P	P													
6	Blanca Fuentes			9 JULIO					P	P	P	P	P	P	P								
7	Daniela Keinan			23 JULIO					P	P	P	P	P	P	P								
8				30 JULIO																			
9				6 AGOSTO																			
10				13 AGOSTO																			
11				20 AGOSTO																			
12				27 AGOSTO																			
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	55	34	40	36	05	44																	
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.