

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

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

Nombre	ARJONA TORRES PABLO ANDRES		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	COMPUTACION BASICO	LUN 09:00-11:00	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	6
T.2	COMPUTACION INTERMEDIO	JUE 15:00-17:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	7
T.3	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	MIE 09:00-11:00	---	TEZCUCO 1283	5
T.4	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	MIE 11:15-13:15	---	TEZCUCO 1283	4
T.5	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS BASICO	JUE 10:30-12:00	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Inteligencia artificial: conceptos básicos, mitos y realidades, usos adecuados para el adulto mayor, uso básico de Meta AI.
T.2	Inteligencia artificial: conceptos básicos, mitos y realidades, usos adecuados para el adulto mayor, uso básico de Meta AI y uso básico de Google Gemini.
T.3	Inteligencia artificial: conceptos básicos, mitos y realidades, usos adecuados para el adulto mayor, uso básico de Meta AI y uso básico de Google Gemini.
T.4	Inteligencia artificial: conceptos básicos, mitos y realidades, usos adecuados para el adulto mayor, uso básico de Meta AI y uso básico de Google Gemini.
T.5	Inteligencia artificial: conceptos básicos, mitos y realidades, usos adecuados para el adulto mayor, uso básico de Meta AI y uso básico de Google Gemini.

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

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

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

Nombre	ARJONA TORRES PABLO ANDRES		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	COMPUTACION BASICO	LUN 11:15-13:15	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	7
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Inteligencia artificial: conceptos básicos, mitos y realidades, usos adecuados para el adulto mayor, uso básico de Meta AI.
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. ARJONA TORRES PABLO ANDRES, 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. ARJONA TORRES PABLO ANDRES.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

COMATACISU BAXICO

LUGAR DE EJECUCION

C.C. Santa Rita

NOMBRE DEL PROFESOR

PABLO ARGENT.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES 8-11 hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																				
			N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	GABRIELA DIVOS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	CARMEN SBADA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	MORELIA SALAZAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	JAME SALLDAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	MARIA RODRIGUEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	ROSARIO LAVADO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	TERESA BARRERO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	ISABEL ARAVENA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	ALIND MIRANDA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	IVONNE ROSECO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	MARINA LITAMA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	ROBERTO OLIVARO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

77776566773751245544

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA " J " SI EL 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

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA : (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
17/03	Gestión de Grupos y Talleres	
FECHA TÉRMINO	PROGRAMA	
24/11	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

[illegible]

6	8	6	8	6	7	8	7	6	7	7	7	6	1	6	6	8	2	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA



FIRMA PROFESOR

[illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
COMPUTACION Y USO DE WORD	SALA 3 / TERCERO 1283
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
PABLO ARGONA T.	MIÉRCOLES 8:00 - 11:00

[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 UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SI ACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "1" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTE
MARQUE CON UNA "1" 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	DEPARTAMENTO
19/03/25	GESTIÓN CONTABLES Y TRIBUTARIAS
F. TERMINO	PROGRAMA
26/11/25	TRIBUTARIAS CREATIVAS Y DE DESARROLLO

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

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
COMPUTACION > USO DE COLIMINES BASICOS	SALA 3 / TEFCUCO 1243
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
PABLO ARJONA T.	MIERCOLES 11:15 - 13:15

[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 UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASE
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.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES
F. TERMINO	PROGRAMA
26/11/25	TALLERES CREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS BÁSICAS	C.V. PARQUE APOQUINDO
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
PABLO ARJONA TORRES	JUEVES 10-12 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	GLADYS ROMERO	P	20/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	JULIA LOYOLA	P	27/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	EMMA BRAVO		03/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	PATRICIA LEVERTON		10/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	AMELIA SALINAS		17/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	CAROLINA AGUIAR		24/04					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7			22/05																				
8			29/05																				
9			05/06																				
10			12/06																				
11			19/06																				
12			26/06																				
13			03/07																				
14			10/07																				
15			17/07																				
16			24/07																				
17			31/07																				
18			07/08																				
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

2	4	4	5	4	4	5	6	6	4	6	6	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

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	DEPARTAMENTO
20/03/25	gestión de contratos y talleres
F. TÉRMINO	PROGRAMA
23/11/25	Talleres recreativos y de desarrollo

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(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
1	J	J																		
2	P	P																		
3	P	P																		
4	P	J																		
5	D	P																		
6	P	J																		
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

53

[illegible]

FIRMA PROFESOR

[illegible]

QUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
QUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
QUE CON UNA "J" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE SOLICITARÁ CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. EL CUMPLIMIENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

Las Condes DE ASISTENCIA

MEJOR PAIS

AFECIONADO INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : <u>8</u>
17/03	GESTIÓN CONTRATO Y TALLERES	(Por menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
FECHA TÉRMINO	PROGRAMA	
24/11	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESSOR