



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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	ARRIAGADA HEPNER LOLINCA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ARTETERAPIA	LUN 10:30-12:30	---	ROSA OHIGGINS 54	6
T.2	ESTIMULACIÓN A TRAVÉS DE LAS ARTES VISUALES	MIE 10:00-12:00	JUE 10:00-12:00	CDD REINA ASTRID - CDD ISABEL CATÓLICA	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Desarrollar la creación artística recurriendo a imágenes relacionadas con la alimentación. "Nuestro plato favorito" como fuente de inspiración para sentimientos y emociones. Técnica grafito y pastel graso.
T.2	Desarrollo cognitivo mediante la expresión gráfica de dibujo y color a través de la observación de obra de artista chileno (Bororo) recreando su interpretación personal de dicho estímulo.

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. **ARRIAGADA HEPNER LOLINCA**, 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. **ARRIAGADA HEPNER LOLINCA**.

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
Estimulación a través del arte

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO DE DIA

Reino Estuid

NOMBRE DEL PROFESOR
Lolima Arriagada

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
miércoles y jueves 10-12hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N.º FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
						06/08/25													
1	Sejio Leon					P													
2	Natalia Lobo					P													
3	Luis Satica					P													
4	Rogelio Zelada					P													
5	Lucia Bushell					P													
6	Luis Alvarez					P													
7	Rosa Caicano					P													
8	Ana Maria Errazuriz					P													
9	Lilia Castañeda					P													
10	Ronald Ruiz					P													
11	Manuel Zambrano					P													
12	Mauro Gejmer					P													
13	Pedro Luitane					P													
14	Luis Contesse					P													
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

Nº DE ASISTENTES POR SESION																			
% DE ASISTENCIA POR SESION																			
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																			

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Estimulación a través del arte

LUGAR DE EJECUCION

CENTRO DE DIA

Reino Unido

NOMBRE DEL PROFESOR

Olivia Arriagada

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

miércoles & jueves 10-12hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N.º FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
					<i>06/08/25</i>													
Sergio Leon					P													
Natalia Lobos					P													
Luis Gatica					P													
Rosario Zelada					P													
Lucía Bushell					P													
Luis Alvarez					P													
Rosa Caicampo					P													
Ana María Escobariz					P													
Liliana Castañeda					P													
Ronald Ruiz					P													
Manuel Zambrano					P													
Mario Gezmer					P													
Bedtuz Luitana					P													
Luis Contesse					P													

ASISTENTES POR SESION																		
ASISTENCIA POR SESION																		
MEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

QUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 QUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 QUE CON UN "X" SI ALUMNO JUSTIFICADO EN SU ASISTENCIA

Agosto

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Estimulación a través del arte

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO DE DIA
CDD Isabel Ro Católica

NOMBRE DEL PROFESOR
Lolinda Arriagada

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
miércoles 10-12hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N.º FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
					<i>12/08/21</i>													
					<i>20/08/21</i>													
1																		
2						P												
3						P												
4						P												
5						P												
6						P												
7						P												
8						P												
9							P											
10							P											
11							P											
12							P											
13							P											
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Nº DE ASISTENTES POR SESION																		
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

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