



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

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

Nombre	CAMPUSANO ALBORNOZ KARINA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 16:00-18:00	--	KENNEDY 4885 EDIFICIO K2	7
T.2	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 14:00-16:00	--	KENNEDY 4885 EDIFICIO K2	7
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 15:45-17:45	--	MARBERIA 385	5
T.4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 11:00-13:00	--	CHARLES HAMILTON 301	6
T.5	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 15:00-17:00	--	GLAMIS 3404	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	TÉCNICA BÁSICA DE GRANNY SQUARE A CROCHET, para la confección de mantas.
T.2	DESARROLLO DE TÉCNICA RAGLAN EN REDONDO A PALILLOS para prendas de adulto a puntos básicos.
T.3	MUESTRA y DESARROLLO DE PUNTO A PALILLOS para confección de mantas de guagua.
T.4	Confección de chaleco de bebé básico construcción y puntos simples.
T.5	Confección de vestido de lana para adulto y detalle en cuello redondo.

Firma prestador de los servicios	
---	--



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	CAMPUSANO ALBORNOZ KARINA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 10:00-12:00	--	MARBERIA 385	6
T.7	--	--	--	--	
T.8	--	--	--	--	
T.9	--	--	--	--	
T.10	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	NIVEL AVANZADO EN CROCHET, CONFECCIÓN DE CHALA CROCHET CON GRAMMY SEUATRE, CON DETALLES BORDADO Y CAMBIOS EN LA FORMA;
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. **CAMPUSANO ALBORNOZ KARINA**, 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. **CAMPUSANO ALBORNOZ KARINA**.

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 <i>Múltiples técnicas Básico</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Los Parques de Kennedy</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Marina Campesano</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Martes 16⁰⁰ a 18⁰⁰</i>

N	S E S I O N E S	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			01-04-25	08-04-25	15-04-25	22-04-25	29-04-25	06-05-25	13-05-25	20-05-25	27-05-25	03-06-25	10-06-25	17-06-25	24-06-25	01-07-25	08-07-25	15-07-25	22-07-25	29-07-25	05-08-25	12-08-25
1		ANDREWARTHA MAIO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2		CORTES SINIA	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3		GOEN JELLY	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4		LOHR CARMEN	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5		RIVAS MARLEN	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
6		SPAUEDRA MILITZA	P	P	J	J	P	P	J	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
7		SANTIAGO MARIA	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P
8		SUERO MIRIAM	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

T. 1

N° DE ASISTENTES POR SESION	7	6	7	7	8	8	6	5	6	7	8	7	6	7	6	6	6	6	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Múltiples Técnicas Básico	LUGAR DE EJECUCION JISS los Parques de Kennedy
NOMBRE DEL PROFESOR Karina Campesino	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Martes 14 ⁰⁰ a 16 ⁰⁰ hrs.

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SESIONES	
																					A	
1	CAMPESINO MARIA B	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	DATTARI MARIA CLAUDIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3	ESPINA PAULA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	GARCIA MARIA JNES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	HANIQUEZ MARIA E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	RAMOS CAROLINA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	SOEZ MARIA ISABEL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

T. 2

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Dejido a Palillo glicet</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>550 Javequeo</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Karina Campusano</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Jueves 15^{hs} a 17^{hs}</i>

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
1 JARGAS VIRGINIA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 PEREZ NELSA		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	P
3 CESPEDES MYRTHA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
4 DARRIGRANDI EUGENIA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	J	J	J	P
5 GOMEZ MARGARITA		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 PENAJENTE MARIA		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7 COX MARIA		/													P	P	J	P	J	P	P
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

T. 3

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	4	5	5	5	5	6	5	4	5	5	5	5	4	5	6	2	5	4	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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
Dejido a Palillo y Judo

LUGAR DE EJECUCIÓN
JST Vecinos Unidos

NOMBRE DEL PROFESOR
Karina Campusano

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miércoles 11⁰⁰ a 13⁰⁰ hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N°	FECHA																		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1 <i>Manzi Vanuia</i>			P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	
2 <i>Bruto Alina</i>			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3 <i>Chanelia Cecilia</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	R	J	P	
4 <i>Plaza Josefa</i>			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	
5 <i>Walker Mary</i>			P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	A	P	J	
6 <i>Noriega Blanca</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	P	
7 <i>Gonzalez Margareta</i>			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

T. 4

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN *7 6 6 7 6 7 7 7 6 7 7 6 7 6 4 5 / 2 7*

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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 PARTICIPAN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA ZUMBA HIDROGIMNASIA NATACIÓN ARTES MARCIALES Y AERÓBICO

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Equipo a latido y procut</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN JUV El Golf Norte
NOMBRE DEL PROFESOR Lorena Campesano	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER Miércoles 15 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰ hrs.

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SUMA	
																					ALUMNOS	
1	Munoz Lucia	P	J	P	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	19-3-25
2	Vera Gladys	P	J	J	J	P	P	P	J	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	20-3-25
3	Valdes Stefania	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	2-4-25
4	Concha Maria Elena	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	9-4-25
5	Gaete Raquel	J	J	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	16-4-25
6	Dezas Antonia	P	J	P	P	P	J	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	23-4-25
7	Altra Ana Maria	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	30-4-25
8	Lonares Maria Crist	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	30-4-25
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

T. 5

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

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 Tejido a Pabillo y Crochet	LUGAR DE EJECUCIÓN MAZERIA 385
NOMBRE DEL PROFESOR Karina Campuzano Q	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER Lunes 10 a 12 ⁰⁰

Nº	SESIÓN	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)																				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	17-03	Silva Gonzalez H	/	/	J	J	J	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	
2	24-03	Rosa Torres	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	31-03	Angelica Zena	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	07-04	Leolina Ronce	P	P	P	P	J	J	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	
5	14-04	Ana Ma Sines	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	P	P	P	P	
6	21-04	Elizabeth Stapel	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	
7	28-04	Daphne Kanamarias	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	
8	05-05	Liliana Walter	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	
9	12-05																					
10	19-05																					
11	26-05																					
12	02-06																					
13	09-06																					
14	16-06																					
15	23-06																					
16	30-06																					
17	07-07																					
18	14-07																					
19	21-07																					
20	28-07																					
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

T. 6

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	6 7 7 7 5 3 2 4 4 6 5 5 6 5 6 4 7 6 7 4
------------------------------------	---

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.

