LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CONTRATOS

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	DIAZ PEÑA NATALIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	TEATRO IMPROVISACION	MAR 17:30-19:00	–	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	5
T. 2	TEATRO IMPROVISACION	JUE 17:30-19:00	–	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8
T. 3	–	–	–	–	
T. 4	–	–	–	–	
T. 5	–	–	–	–	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Inicio de proceso para improvisaciones de terror para la celebración de Hallowen en el C. Santa Zita.
T.1	trabajo de personaje, práctica del tempo, conflictos y esquema de una historia de terror, suspenso, misterio etc
T.1	Lugares y atmosfera de terror. trabajo de emociones, reaccion ante el miedo y la actuación mas realista.
T2	trabajo de personajes de obra final de año. quien soy? dónde estoy? para donde voy? y el objetivo del personaje.
T.2	Profundización escenas 1-2-3-4-5-6 Inicio de escena 7-8-9

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. DIAZ PEÑA NATALIA, 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. DIAZ PEÑA NATALIA .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTION DE CONTRATOS Y TALLERES DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, **AGOSTO** de 2025
mes de año

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Teatro Improvisado.	Comunitario Santa Anita

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Díaz	~~[illegible]~~ Martes 17.00 a 19.00

	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
SESIONES N° / FECHA		18/3/25	25/3/25	27/3/25	1/4/25	8/4/25	22/4/25	15/4/25	29/4/25	13/5/25	20/5/25	27/5/25	3/6/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	8/7/25	15/7/25	22/7/25	29/7/25
1	AMANDA HERNANDEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P
2	CAMILA ROJAS	P	P	P	[illegible]	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	P	P
3	VICENTE FERNANDEZ	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P
4	ISABELLA CARRILLO	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	RAFAELA ORTIZ	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	J	P	J	P
6	JOSEFA VASQUEZ	P	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	[illegible]	P	P	J	J	J	J
7	ARTURO BARRALES	P	J	P	J	J	J	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	J	P
8	SOFIA VASQUEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	J	J	J	J	P	P
9	Josefa Lagneo	J	J	J	[illegible]	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Antonella Guerrero											P	P	J	J	A	A	A	A	A	A
11	~~[illegible]~~ Villarroel Lucas											P	P	P	J	J	J	J	P	J	J
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN		8	6	6	5	7	7	9	5	5	7	5	9	4	6	6	4	3	6	6	7

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.

Conce...
MEJOR PA...

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCI...
		(Con menos d... evaluar contin...)

FECHA TÉRMINO	PROGRAMA
	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

	N°	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	FECHA	5/8/25	12/8/25	19/8/25																	
A	1	P	P	P																	
C	2	J	P	P																	
V	3	P	P	P																	
I	4	J	P	J																	
R	5	P	J	J																	
J.V	6	J	J	J																	
A	7	P	J	J																	
S	8	J	J	A																	
J.L	9	J	J	A																	
	10																				
K.V	11	P	J																		
	12																				
	13																				
	14																				
	15																				
	16																				
	17																				
	18																				
	19																				
	20																				
	21																				
	22																				
	23																				
	24																				
	25																				
		5	4	3																	

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
teatro improvisado	Comunitario Santa Rita

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Diaz	Jueves 17.30 a 19.30

	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
SESIONES N° / FECHA		20/3/25	3/4/25	10/4/25	17/4/25	24/4/25	15/5/25	29/5/25	5/6/25	12/6/25	18/6/25	26/6/25	10/7/25	15/7/25	24/7/25	31/7/25	7/8/25	14/8/25	21/8/25		
1	CAMILA ROJAS	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	J	P		
2	RAFAELA ORTIZ	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P		
3	ISABELLA CASTILLO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P		
4	AMANDA HERNANDEZ	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P		
5	VICENTE RAMIREZ	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P		
6	ARTURO BARRALES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P		
7	JOSEFA VASQUEZ	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	J		
8	SOFIA VASQUEZ	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	P	J	A	A		
9	PASCALE MONTANARES	J	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	A	P		
10	JOSEFA LAGO	J	J	J	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	A	J		
11	ANTONELLA GUERRERO	—	—	—	—	—	—	P	J	J	A	A	A	A	—	—	—	—	—	—	—
12	LUCAS VILLARROEL	—	—	—	—	—	—	—	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P		
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN		8	9	8	8	8	8	10	10	6	6 3	6	6	6	7	5	9	7	8		

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.