



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	HELLBERG KAID URSULA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEATRO-DRAMA LAB	MAR 11:15-13:15	---	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	5
T.2	TEATRO-KIDS AND THEATER	MAR 17:00-18:30	---	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	5
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Lectura obra de teatro de muestra de fin de año (escenas 1 a la 4). La obra está escrita por la profesora e inspirada en ideas de los y las participantes. Cada sesión es un ensayo para la presentación final donde se desarrolla: definición y creación de personaje, planta de movimiento, gestos personajes, y trabajo vocal de pronunciación y articulación.
T.2	Lectura obra de teatro de muestra de fin de año (escenas 1 a la 3). La obra está escrita por la profesora e inspirada en ideas de los y las participantes. Cada sesión es un ensayo para la presentación final donde se desarrolla: creación de personaje, planta de movimiento y trabajo vocal de pronunciación.
T.3	
T.4	
T.5	

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. HELLBERG KAID URSULA, 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. HELLBERG KAID URSULA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T.1



T.2



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
TEATRO- DRAMA LAB

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR
ÚRSULA HELLBERG KAID

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES 11:15-13:15 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			SESIONES	N																				
				FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	BRAVO ALVAREZ JUAN LUIS			01/07/2025	/	/	/	/	/	/	/													
2	ESPINOSA REED MARIA INES			08/07/2025	J	J	/	/	/	/	/													
3	FARIAS MOYA CARLOS			15/07/2025	J	J	P	P	P	P	P													
4	HERRERA FISCHER MARCELA DEL PILAR				J	P	P	P	P	P	P													
5	KAID SEPULVEDA LAURA MARIA SILVIA				J	J	P	P	P	P	P													
6	MARTINEZ . HEIDY MARIA				/	/	/	/	/	/	/													
7	MATUS LAURIE NORMA OTILIA				J	J	/	/	/	/	/													
8	OSSA FERNANDEZ MARIA DE LOS ANGELES				J	J	/	/	/	/	/													
9	PFEIFFER TURKFELD PATRICIA				J	P	J	J	P	J	P													
10	SANTANDER PATUELLI GABRIEL ANTONIO				J	P	P	J	P	P	P													
11																								
12																								
13					1/7/25 clase suspendida por profesora.																			
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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 PARTICIPEI EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

L DE ASISTENCIA	
-----------------	--

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO
2025

[illegible][illegible]

Chris Hellberg
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEATRO- KIDS & THEATRE	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ÚRSULA HELLBERG KAID	MARTES 17:00-18:30 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				01/07/2025	08/07/2025	15/07/2025	22/07/2025	29/07/2025	05/08/2025	12/08/2025	19/08/2025												
1	DEKOVIC ROMERO LJUBA VICTORIA			P	P	P	P	P	P	P	P												
2	DEKOVIC ROMERO VJERA FRANCISCA			P	P	P	P	P	P	P	P												
3	GUTIERREZ GUERRERO ANTONIA			J	P	P	P	P	J	/													
4	GUTIERREZ GUERRERO JUAN PABLO			P	P	P	P	P	J	/													
5	HELO SOLER FLORENCIA			J	/	/	/	/	R	E	T	I	R	A	D	A							
6	LEIVA JARA JACINTA			P	/	P	P	/	P	P													
7	VILLARROEL ARAYA LUCAS FRANCISCO			P	P	P	P	P	P	P													
8																							
9																							
10				1/7/25 clase suspendida por profesor																			
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 PARTICIPEI EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

L DE ASISTENCIA	
-----------------	--

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO
2025

[illegible][illegible]

Chow Hui Beng
FIRMA PROFESOR