

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

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

Nombre	JORQUERA BRITO ARIELA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MACRAME BASICO ✓	MAR 10:00-12:00	--	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.2	MACRAME INTERMEDIO ✓	MAR 12:15-14:15	--	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.3	MACRAME, ATRAPASUEÑOS Y MANDALAS BASICO	MIE 18:30-20:30	--	PALOMA 9035	6
T.4	MACRAME, ATRAPASUEÑOS Y MANDALAS BASICO ✓	MIE 20:45-22:45	--	PALOMA 9035	6
T.5	RESINA AVANZADO ✓	VIE 20:45-22:45	--	PALOMA 9035	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En este taller hemos trabajado tapices gigantes espejos decorados, las alumnas nuevas están haciendo portamacetas con puntas básicas (taller libre)
T.2	Este taller está compuesto por las mismas alumnas del básico, así es que estamos trabajando las mismas cosas tapices gigantes, espejos decorados y portamacetas (taller libre)
T.3	Taller libre, las alumnas están trabajando en lámparas, portamacetas dobles, mandalas, en general trabajos más elaborados, con mayor dificultad.
T.4	Taller libre, con alumnas del taller anterior y otras nuevas, con las antiguas trabajamos con mayor dificultad y con las nuevas perfeccionamos puntas con portamacetas y cosas simples.
T.5	Taller libre, alumnas antiguas trabajando con efectos de mar, nubes y geodas y las nuevas aún practicando la mezcla y el vaciado múltiple.

Firma prestador de los servicios	
---	--

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

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

Nombre	JORQUERA BRITO ARIELA		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

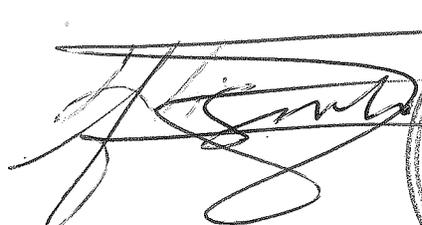
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	RESINA BASICO ✓	VIE 10:00-12:00	--	PAUL HARRIS 2111	7
T.7	RESINA BASICO ✓	MAR 18:00-20:00	--	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.8	RESINA BASICO	LUN 20:30-22:30	--	PALOMA 9035	6
T.9	--	--	--	--	
T.10	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Taller libre. Este mes los alumnos me han pedido trabajar efectos geoda y aplicación de oasis y nebes en paisajes, todo esto va por capas que vamos haciendo semana a semana.
T.7	Taller libre, trabajando en perfeccionar el mezclado haciendo pesavases con vaciados multiple y encaje su lado.
T.8	Taller libre. Hemos practicado el uso de la resina ecológica, UV y epóxica, además de unir unas con otras en bandejas y pesavases.
T.9	
T.10	NOTA: Taller libre = Cada alumna trabaja a su gusto y en lo que ella o él decide, sin un formato específico.

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. JORQUERA BRITO ARIELA, 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. JORQUERA BRITO ARIELA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Macramé

LUGAR DE EJECUCIÓN
Dieguitos 911

NOMBRE DEL PROFESOR
Ariela Lopez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 12:15 o 14:15

N°	SESIONES	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprima)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		<i>Danae Marquez</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2		<i>Rosa Brices</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3		<i>Aua Ruo</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4		<i>Olivia Salazar</i>	P	P	P	P	P	P	P	P												
5		<i>Roberto Cruz</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6		<i>Daniela Lopez</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7		<i>Jais Thomas</i>	J	J	J	J																
8		<i>Ana Luisa Perez</i>															P	P				
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "J" (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

LUGAR DE EJECUCION

Amacromid

Zelana 9035

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Arturo Sorquera

Miércoles 20:45 a 22:45

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SERVICIO	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			19/ marzo	26/ marzo	2/ abril	9/ abril	16/ abril	23/ abril	30/ abril	7/ mayo	14/ mayo	21/ mayo	28/ mayo	4/ junio	11/ junio	18/ junio	25/ junio	2/ julio	9/ julio	16/ julio	23/ julio	30/ julio	6/ agosto
1 <i>Rita Villalón</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 <i>Marcos Lobo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	
3 <i>Alejandro Ardiles</i>			P	P	J																		
4 <i>Carolina Leiva</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 <i>Juan Vasquez</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 <i>Marcia Rossi</i>				P	P																		
7 <i>Carolina Rodríguez</i>																						P	R
8 <i>Daniela Sorquera</i>																						P	P
9 <i>Rosa Arce</i>																						P	P
10 <i>Dance Márquez</i>																						P	P
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Anacronid

LUGAR DE EJECUCION
Zulima 9035

NOMBRE DEL PROFESOR
Arturo Sanguin

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 20:45 a 22:45

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	MAYO - JUNIO	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
			19/mayo	26/mayo	2/mayo	9/mayo	16/mayo	23/mayo	30/mayo	7/junio	14/junio	21/junio	28/junio	4/julio	11/julio	18/julio	25/julio	1/julio	8/julio	15/julio	22/julio	29/julio	5/agosto	12/agosto
1. <i>Pilar Villalón</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>Marcario López</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <i>Alejandro Ardiles</i>			P	P	J																			
4. <i>Carolina Leiva</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <i>Juan Vasquez</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>Marcio Pasa</i>				P	P																		P	R
7. <i>Carolina Rodríguez</i>																							P	P
8. <i>Daniela Sorquera</i>																							P	P
9. <i>Zosa Arices</i>																							P	P
10. <i>Doracé Amézquita</i>																								
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 PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Resina

LUGAR DE EJECUCION

Paul Harris Sur 2111

NOMBRE DEL PROFESOR

Ariela Longoro

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes 10 a 12

N	SESION	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	
			19 Agosto	25 Abril	2 Mayo	9 Mayo	16 Mayo	23 Mayo	30 Mayo	6 Junio	13 Junio	27 Junio	4 Julio	11 Julio	18 Julio	25 Julio	1 Agosto	8 Agosto	22 Agosto				
1		Ana Karina Olguin	P	P	J	P	J	J	P	P	J			P	P	P	P	P					
2		Diana Carvajal	P	P	P	P	P	P	P	P				P	P	P	P	P	P				
3		Marcela Diaz	P	P	P	P	P	J	P	P				P	P	P	P	P					
4		Marcela Amarriguez																					
5		M ^a Esterline Gomez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P					
6		Inez Rodriguez	P	P	P	P	J	P	P	P				P	P	P	P	P	P				
7		Isabel Melo	P	/	/	J	J	P	P	P				P	P	P	P	P	P				
8		Patricia Ozorio	P	P	J	P	P	J	J	J				P	P	P	P	P	P				
9		Paola Barnolas	P	P	/	/	/	/	/	/	J												
10		Paola Brava	P	P	/	/	/	/	/	/													
11		Consuelo Cumming								P	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

