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	LORCA FREDES BENY ROXANE		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 09:30-11:30	---	[redacted]	7
T.2	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 09:30-11:30	---	[redacted]	7
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 10:00-12:00	---	[redacted]	7
T.4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 10:00-12:00	---	[redacted]	5
T.5	–	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se revisan tejidos empezados y se hacen las correcciones corresp. (poleras, chalecos, chales) Se explica como se hacen los rebajes del cuello redondo y en punta.
T.2	Revisión tejidos empezados (chaleco, poleras y puntas) se corrigen algunos. Se empiezan a tejer pantuflas a crochet, se dan las indicaciones corresp.
T.3	Estan tejiendo poleras, chalecos de dama con diferentes puntos (jersey, correteado y ptos calados.) Se empieza a crochet chalecos de guagua. Se dan indicaciones corresp.
T.4	Terminación de poleras a palillo Se continua a crochet cuello bufanda. Terminación chal de guagua tejido a palillo con terminación a crochet.
T.5	

Firma prestador de los servicios	Beny Lorca L

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. LORCA FREDES BENY ROXANE, 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. LORCA FREDES BENY ROXANE .

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

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Guido Vanilla - Crochet	

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Rosy Lorca	Lunes 9,30 a 11,30 hrs.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / Nº / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		17-3-25	24-3-	31-3-	7-4-25	14-4-	21-4-	28-4-	5-5-25	12-5-	19-5-	26-5-	2-6-25	9-6	16-6	23-6	30-6	7-7-25	14	21	28
1	Eugenia Sepulveda	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Maria I. Vega	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
3	Rosa Lucero	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Carolina Hernandez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Julia Alonso	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Rosana Gutierrez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Lorena Bobadilla	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	/	/	/
8	Laura Carocci												P	P	P	P	P	P	P	P	J
9	Loreto Sánchez																		-	P	P
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		7	7	7	7	7	6	7	6	6	6	6	7	7	6	6	7	7	7	8	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.

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 7
17 - 03	Gestión Contratos y Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

FECHA TÉRMINO	PROGRAMA
30 - 11	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	4-8-25	11-8-25	18-8-25	25-8-25																		
1	P	P	P																		No	
2	J	J	J																		Si	
3	P	P	P																		Si	
4	P	J	P																		Si	
5	P	P	P																		Si	
6	P	P	P																		Si	
7	/	/	/																		No	
8	P	P	P																		Si	
9	P	P	P																		Si	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	6	7																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Tejido Palillo y Crochet	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Berry Porca Fredes	Martes 9:30 a 11:30 hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº / FECHA	1 18-3-25	2 25-3-	3 1º-4-25	4 8-4	5 15-4	6 22-4	7 29-4	8 6-5-25	9 13-5	10 20-5	11 27-5	12 3-6-25	13 10-6	14 17-6	15 24-6	16 1-7-25	17 8-7	18 15-7	19 22-7	20 29-7
1	Ester Barrauza Flashar		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Margarita Gajardo G.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
3	María S. Rebolledo M.		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P
4	Marta E. Arenas V.		P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P
5	Mónica Silva A.		P	P	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	J	J
6	Verónica Díaz A.		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P
7	Gabriela Aguayo Jara				P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	—	—
8	Elena M. Fuilay Barría											P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P
9	Beatriz Fuilay Barría											P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Miriam Boisa																					P
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	6	5	7	4	5	6	6	6	8	6	6	8	9	8	6	6	5	7	8

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18 - 03	Gestión de Talleres

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30 - 11	Talleres Recreativos y de Des

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 7
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	5-8-25	12-8-25	19-8-25																			
1	P	P	P																		Si	
2	P	P	P																		Si	
3	P	J	P																		Si	
4	P	J	P																		Si	
5	P	J	P																		Si	
6	P	J	P																		No	
7																					Si	
8	J	J	P																		Si	
9	P	P	P																		Si	
10	J	P	P																		Si	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	4	9																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Coro a capella y vocal	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jorge Pablo Vidal	Lunes y Miércoles 17:00 a 18:30 hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Claudio Valenzuela		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P
2	Luis Eduardo Zulete		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P		P	P	P	P
3	Eduardo Luis Espina				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P
4	Agustin Espina Retamal				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P
5	Eduardo Silva		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Pablo Lasserre		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P
7	Guillermo Gonzalez		P	P	P		P	P			P			P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	José Carrasco				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																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	5	7	7	7	6	5	5	7	6	6	6	5	5	7	5	7	7	8	8

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19-03-25	Gestión de Talleres

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30-11-25	Talleres Formativos y de Ocio

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	20-11-25	27-11-25																				
1	P																				Si	
2	P																				Si	
3	I																				Si	
4	I																				Si	
5	P																				Si	
6	P																				Si	
7	P																				Si	
8	P																				Si	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6																					

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Tejido Palillo y Crochet

LUGAR DE EJECUCIÓN: [redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR: Guy Torca

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Jueves 10⁰⁰ a 12⁰⁰ hrs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			20-3-25	27-3-25	3-4-25	10-4-25	17-4-25	24-4-25	8-5-25	15-5-25	22-5-25	29-5-25	5-6-25	12-6-25	19-6-25	26-6-25	3-7-25	10-7-25	17-7-25	24-7-25	31-7-25	7-8-25
1	Leslie Zuagaña B		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
2	Paulina Tapré Arce		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
3	Isabel Gaete Silva		P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Amelia Alfaro L.		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Susana Alfaro E.		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P
6	Ana Sala P.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Marcia Gaete Bruna								P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J
8	Eja Xiling		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/	R
9	Patricia García																					P
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	6	5	5	4	5	6	7	4	6	6	7	5	6	6	6	6	6	4	5

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17 - 03	Gestión de Contratos y Eall.

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30 - 11	Talleres Recreativos y Des.

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	14-8-25	21-8-25																				
1	J	J																			No	
2	P	P																			Si	
3	P	P																			Si	
4	P	P																			Si	
5	J	P																			Si	
6	P	P																			Si	
7	J	J																			Si	
8	/																				/	
9	P	J																			Si	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5	5																				

FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Taller N° 2

Taller N° 1

Taller N° 4

Taller N° 3