

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

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

Nombre	RIVAS SEPULVEDA LUZ		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

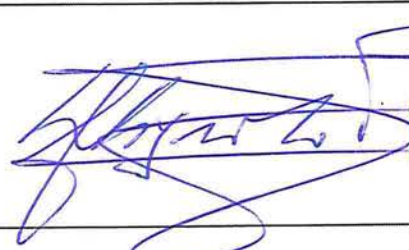
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES BASICO	MAR 09:00-11:00	---	[REDACTED]	9
T.2	INGLES CONVERSACION AVANZADO	VIE 09:00-11:00	---	[REDACTED]	11
T.3	INGLES CONVERSACION INTERMEDIO	VIE 11:30-13:30	---	[REDACTED]	10
T.4	INGLES INTERMEDIO	LUN 11:30-13:30	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6
T.5	--	--	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Hacer las compras del supermercado, usando expresiones contables y no contables. Comprensión de lectura de nivel MCER A1 relacionado al tema. Aprender a leer cifras de cinco dígitos y más; revisión de los números cardinales.
T.2	Exponer un tema de interés general frente al grupo, defendiendo el enfoque presentado. Contradecir la postura antagónica con argumentos. Coordinar opiniones del equipo para debatir el tema en debate.
T.3	Revisión de los pronombres indefinidos. Redactar un texto de 100 palabras aplicando los pronombres indefinidos. Comprensión de lectura de nivel MCER A2 para expandir el vocabulario.
T.4	Relatar experiencias de la niñez. Expresar los gustos en expresiones artísticas como el cine y la música. Intercambiar opiniones respecto de conceptos como "arte", "belleza", "creatividad" y la diferencia de percepción a través de generaciones.
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. RIVAS SEPULVEDA LUZ, 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. RIVAS SEPULVEDA LUZ .

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

INGLES BASICO

LUGAR DE EJECUCION

CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR

BETTY RIVAS SEPULVEDA

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MARTES 09:00 A 11:00 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
				01/07/2025	08/07/2025	15/07/2025	22/07/2025	29/07/2025	05/08/2025	12/08/2025	19/08/2025	26/08/2025	02/09/2025	09/09/2025	16/09/2025	23/09/2025	30/09/2025	07/10/2025	14/10/2025
1	ACUÑA BECERRA CARMEN PATRICIA			P	J	P	P	J	P	P	P								
2	DE LARRAECHEA BOLIVAR MARIA VICTORIA			P	P	J	P	P	P	P	P								
3	ESCOBAR CASANOVA GERMAN ADOLFO			P	P	P	J	P	J	P	J								
4	HERRERA VELAZCO TERESA			P	P	P	P	P	P	P	P								
5	LAZCANO CORTES JULIO FERNANDO			/	/	/	/												
6	LIZAMA JAÑA IRMA			J	P	P	P	P	J	J	P								
7	MAZZOLA CASTILLO GLADYS PATRICIA			P	P	P	P	P	P	P	P								
8	MERELLO RIFFO GLORIA			P	P	P	P	P	J	J	J								
9	MUÑOZ SCHOOF ANA MARGARITA			P	P	P	P	P	P	P	P								
10	MUÑOZ VASQUEZ CESAR			P	P	P	P	P	P	P	J								
11	OYARZUN SANTIBAÑEZ GUILLERMO ENRIQUE			P	P	P	P	P	P	P	P								
12	SAIZ ETEROVIC SOLEDAD DE LAS MERC			P	P	P	P	J	P	P	P								
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

N° DE ASISTENTES POR SESION

10 10 10 10 9 8 9 8

% DE ASISTENCIA POR SESION

% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

F. INICIO

17/03/2025

DEPARTAMENTO

ADULTO MAYOR

INSCRIPCION MINIMA :

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

30/11/2025

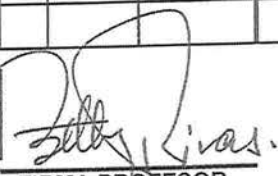
PROGRAMA

PSL-30

(Informe Final)

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	C.MÉD.	ASIST. INDIVIDUAL	
21/10/2025	28/10/2025	04/11/2025	11/11/2025	18/11/2025	25/11/2025																	N° ASIST.	% ASIST.
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
26																							
27																							
28																							
29																							
30																							

Firma Profesor


FIRMA PROFESOR

FECHA :

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
INGLES CONVERSACION AVANZADO	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
BETTY RIVAS SEPULVEDA	VIERNES 09:00 A 11:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N° F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			04/07/2025	11/07/2025	18/07/2025	25/07/2025	01/08/2025	08/08/2025	15/08/2025	22/08/2025	29/08/2025	05/09/2025	12/09/2025	19/09/2025	26/09/2025	03/10/2025	10/10/2025	17/10/2025
1 ARAYA CHAMORRO CECILIA			P	P	P	P	P	P										
2 BALLARINI GARCIA ALDO BARTOLOME			P	P	P	P	P	P										
3 BIGNON PEREZ PAUL			P	P	P	P	P	P										
4 BOPP LATHAM MARIA LORETO JULIA			P	P	P	P	P	P										
5 CELEDON ARRIAGADA PATRICIA LORETO			P	P	P	P	P	P										
6 GALLEGUILLOS SALGUERO ARTURO ALEJANI			P	P	P	P	P	P										
7 LOPEZ CID PATRICIO EDUARDO			P	P	P	P	P	P										
8 MARCELLI GIMENEZ MARIA INES			P	P	P	P	P	P										
9 PICHARA JADUE ANA MARIA			P	P	P	P	P	P										
10 PUCHALT CASASEMPERE ANA MARIA			P	P	P	P	P	P										
11 ROELOFSEN BAKKER ANTON GERARD			P	P	P	P	P	P										
12 SCHWARTZ JODORKOVSKY JORGE ENRIQUE			P	P	P	P	P	P										
13 SEREY MORA RITA BERTA			P	P	P	P	P	P										
14 VALLEJO RAMOS MARCIA PAULINA			P	P	P	P	P	P										
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

N° DE ASISTENTES POR SESION	12 12 12 9 11 13
% DE ASISTENCIA POR SESION	
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC	

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/2025

DEPARTAMENTO
ADULTO MAYOR

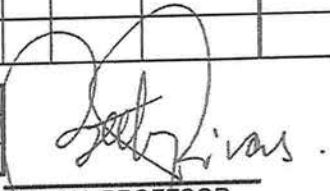
INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
PSL-30

(Informe Final)

		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	C.MÉD.	ASIST. INDIVIDUAL	
		24/10/2025	31/10/2025	07/11/2025	14/11/2025	21/11/2025	28/11/2025																	N°	%
																								ASIST.	ASIST.
1	F E R I A D O																								
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									


FIRMA PROFESOR
FECHA: _____

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
INGLES CONVERSACION INTERMEDIO

LUGAR DE EJECUCION
CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR
BETTY RIVAS SEPULVEDA

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
VIERNES 11:30 A 13:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			04/07/2025	11/07/2025	18/07/2025	25/07/2025	01/08/2025	08/08/2025	15/08/2025	22/08/2025	29/08/2025	05/09/2025	12/09/2025	19/09/2025	26/09/2025	03/10/2025	10/10/2025	17/10/2025
1 BARILLAS JOSE BOLIS			P	P	P	P	P	P										
2 BOGDANIC AGUILAR DRINA TERESA			P	P	P	P	P	P										
3 CABRERA GARCIA MARTA			/	/	/	P	P	P										
4 CLAVERO MIGUELEZ BLANCA NIEVES			J	P	P	P	P	P										
5 CONTADOR PEREZ TATIANA GISELA DEL C			J	J	J	J	J	J		J	J	J	J					
6 FRIAS HERRERA GLADYS ELCIRA			P	P	P	P	P	P										
7 GARCIA SANCHEZ MARIA VICTORIA			J	J	J	J	J	J										
8 GOMEZ SALAMANCA SILVIA			J	P	P	P	P	P										
9 HOFSTATTER BERRIOS JOHANNA MARGARIT			P	P	J	P	P	P										
10 IAGOLNITZER VAINERAITE CECILIA			P	J	P	P	P	P										
11 MILLAN HERRERA NORA MARGARITA			P	P	J	P	P	P										
12 VALDES LAMAR JUANA ROSA ELVIRA			P	P	P	P	P	P										
13 VIDAL MEDINA ANA MARIA			P	P	P	P	P	P										
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

F E R I A D O

F E R I A D O

Nº DE ASISTENTES POR SESION	8	9	8	11	11	9												
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADC																		

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/2025

DEPARTAMENTO
ADULTO MAYOR

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

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
PSL-30

(Informe Final)

17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		C.MÉD.		ASIST. INDIVIDUAL	
24/10/2025		31/10/2025		07/11/2025		14/11/2025		21/11/2025		28/11/2025																																N° ASIST.		% ASIST.	
1		F E R I A D O																																											
2																																													
3																																													
4																																													
5																																													
6																																													
7																																													
8																																													
9																																													
10																																													
11																																													
12																																													
13																																													
14																																													
15																																													
16																																													
17																																													
18																																													
19																																													
20																																													
21																																													
22																																													
23																																													
24																																													
25																																													
26																																													
27																																													
28																																													
29																																													
30																																													


FIRMA PROFESOR

FECHA :

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T.4 28 de julio, 2025



T.4 4 de agosto, 2025



T.4 11 de agosto, 2025



T.4 18 de agosto, 2025

