



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	CAMPUSANO ALBORNOZ KARINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 16:00-18:00	--		6
T.2	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 14:00-16:00	--		6
T.3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 15:45-17:45	--		5
T.4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 11:00-13:00	--		5
T.5	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 15:00-17:00	--		6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	INICIACIÓN DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA LA CONFECCIÓN DE PRENDAS A MEDIDA seg. talla y CENTÍMETROS MUESTRA DE TENSION.
T.2	CONFECCIÓN DE CHALECO DE NIÑA CON APLICACIÓN DE COLOR Y PUNTOS BÁSICOS. EN CANESÚ, PUÑOS Y BORDE.
T.3	Chal monocromatico A CROCHET, LA forma irregular MEDIANTE UNIÓN DE 3 TRIANGULOS.
T.4	Confección de SWETER DE NIÑA, CANESÚ CON DISEÑO DE PUNTOS Y CALADO MOSTAZILLA. CON BORDADO Y APLICACIÓN DE PERLAS Y
T.5	Confección de CHALECO DE NIÑA con CANESÚ DE HOJAS.

Firma prestador de los servicios	Karina Campusano
----------------------------------	------------------



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

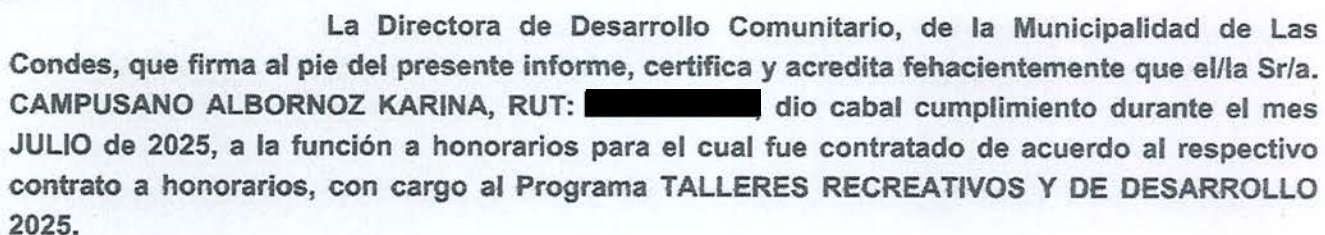
Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	CAMPUSANO ALBORNOZ KARINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 10:00-12:00	--		7
T.7	--	--	--	--	
T.8	--	--	--	--	
T.9	--	--	--	--	
T.10	--	--	--	--	

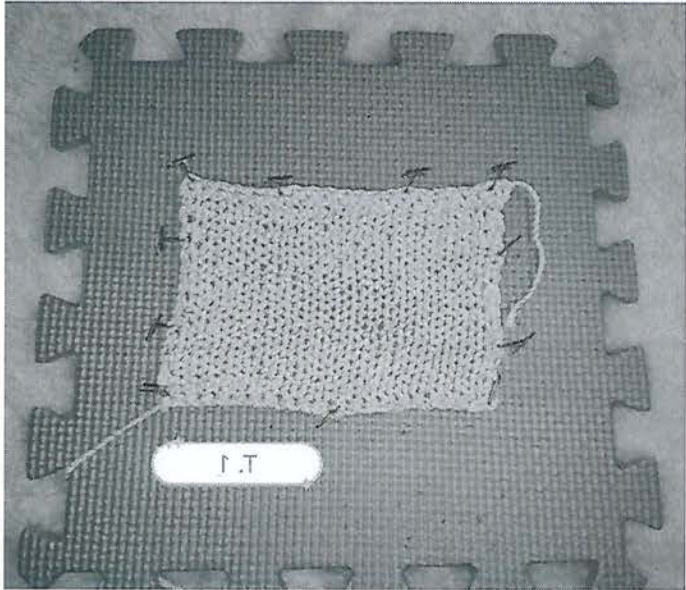
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Confección de chaqueta de niña, con raglan, inclusión de puntos y aplicación de clones a crochet.
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

Firma prestador de los servicios	Karina Campusano
----------------------------------	------------------



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 JULIO 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. CAMPUSANO ALBORNOZ KARINA.

Las Condes, JULIO de 2025
mes año







PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Múltiples técnicas Básico
LUGAR DE EJECUCION: Los Parques de Kennedy
NOMBRE DEL PROFESOR: Karina Campos
DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Martes 16⁰⁰ a 18⁰⁰

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)		SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA		01-04-25	08-04-25	15-04-25	22-04-25	29-04-25	06-05-25	13-05-25	20-05-25	27-05-25	03-06-25	10-06-25	17-06-25	24-06-25	01-07-25	08-07-25	15-07-25				
1	ANDREWARTHA MAIO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	CORTES ENRIQUE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	GONZALEZ JELLY		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4	LOHR CARMEN		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	RIVAS MARLEN		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	SAVEDRA MILITZA		P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	SAVAGE MARIA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	SUERO MIRIAM		P	P	P	P	P	P	P	P	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																							

T. 1

T. 1

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 17 16 7 18 8 6 5 6 7 8 7 6 7 6 6
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	LUGAR DE EJECUCION
Multiples Tecnicas Basico	Jrro Las Parques de Kennedy
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Karina Camposurco	Martes 14 ⁰⁰ a 16 ⁰⁰ hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N Ú M E R O	F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				06-05-25	13-05-25	20-05-25	27-05-25	03-06-25	10-06-25	17-06-25	24-06-25	01-07-25	08-07-25	15-07-25									
1. CAMPAÑA MARIA B	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P									
2. DATTARI MARIA CLAUDIA	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P									
3. ESPINA PAULA	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P									
4. GARCIA MARIA JNES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P									
5. HANEQUEZ MARIA SE	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P									
6. RAMOS CAROLINA	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P									
7. SAEZ MARIA ISABEL	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P									
8.																							
9.																							
10.																							
11.																							
12.																							
13.																							
14.																							
15.																							
16.																							
17.																							
18.																							
19.																							
20.																							
21.																							
22.																							
23.																							
24.																							
25.																							

T. 2

Nº DE ASISTENTES POR SESION	4	4	5	7	7	4	7	7	6	6	5												
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	LUGAR DE EJECUCIÓN
Exejido a Palillo g/holet	JPO Jaqueo
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Karina Campusano	Jueves 15 ⁴⁵ a 17 ⁴⁵ hrs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	JARGAS VIRGINIA	P		20-3-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	PEREZ JESDA	J		27-3-25	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J			
3	CESPEDES MYRTA	P		03-04-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J			
4	DARRIGANDI EUGENIA	P		10-04-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J			
5	GOMEZ MARGARITA	P		17-04-25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
6	BENAJENTE MARIA	J		24-4-25	J	J	/	J	/	J	P	J	J	J	P	J	J	J	J	/			
7	COX MARIA	/		08-5-25	/																		
8				15-5-25																			
9				22-5-25																			
10				29-5-25																			
11				5-6-25																			
12				12-6-25																			
13				19-6-25																			
14				26-6-25																			
15				03-7-25																			
16				10-7-25																			
17				17-7-25																			
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

T. 3

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	4	5	5	5	5	6	5	4	5	5	5	5	4	5	6	2						
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 NÚMERO

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Dejido a Palillo y frodel

LUGAR DE EJECUCIÓN

JVS Tecinos Unidos

NOMBRE DEL PROFESOR

Karina Campusano

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

miércoles 11⁰⁰ a 13⁰⁰ hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)			SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
			FECHA		19-3-25	20-3-25	21-3-25	22-3-25	23-3-25	24-3-25	25-3-25	26-3-25	27-3-25	28-3-25	29-3-25	30-3-25	31-3-25	1-4-25	2-4-25	3-4-25	4-4-25	5-4-25	6-4-25
1	Marija Januia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Brito Alina		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Chanelia Cecilia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Plaza Josefina		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Walker Indary		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Noviega Elena		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Gonzalez Margarete		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

T. 4

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

7 6 6 7 6 7 7 7 6 7 7 6 7 6 4 5 /

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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 PARTICIPAN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA ZUMBA HIPOGIMNASIA NATACIÓN ARTES MARCIALES Y AERÓBIX

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Ejido a Palillo y Prochut	LUGAR DE EJECUCIÓN JIV El Golf Norte
NOMBRE DEL PROFESOR Karina Campesano	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER Miércoles 15 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰ 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
1	Munoz Lucia		19-3-25	20-3-25																		
2	Perez Gladys		20-3-25	21-3-25																		
3	Valdes Espinosa		21-3-25	22-3-25																		
4	Concha Maria Elena		22-3-25	23-3-25																		
5	Gaete Raguél		23-3-25	24-3-25																		
6	Pozas Antonio		24-3-25	25-3-25																		
7	Altra Ana Maria		25-3-25	26-3-25																		
8	Hinchaes Maria Crist		26-3-25	27-3-25																		
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

T. 5

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	7	4	6	7	6	5	6	5	5	5	7	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6
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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Taller A Palillo y Ochochet	MAESTRIA 385
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Karina Camposano	Lunes 10 a 12 ⁰⁰

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°																			
			FECHA																			
1	Silvia Gonzalez H.		17-03	24-03	31-03	07-04	14-04	21-04	28-04	05-05	12-05	19-05	26-05	02-06	09-06	16-06	23-06	30-06	07-07	14-07	21-07	28-07
2	Rosa Morales		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Angelica Zeña		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Rebeca Ronce		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Ana Ma Sines		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Elizabeth Stapel		/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Daphne Karanaras		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Lilian Walter		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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																						

T. 6

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	6	7	7	7	5	3	2	4	4	6	5	5	6	5	6	4	7	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 DE ASISTENCIA