✓

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	**JULIO**

Nombre	**HELLBERG KAID URSULA**		
RUT	[redacted]	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	—	[redacted]	2
T.2	TEATRO-KIDS AND THEATER	MAR 17:00-18:30	—	[redacted]	5
T.3	—	—	—	—	
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Rutina de bienvenida: meditación y estiramiento. Estreno y comentarios video "Theatre Solstice". Dinámicas de creación grupal y escritura individual para la creación de la obra final.
T.2	Rutina de bienvenida: estiramiento, líderes en movimiento y "burbujas". Revisión "verb to be", "days of the week", "months", "seasons", "emotions" y vocabulario general. Grabación escenas pendientes y estreno de "Kamishibai: The Magic Paintbrush". Escritura creativa para la creación de la obra final.
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	Ursula Hellberg K.

La Directora de Desarrollo Comunitario, 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 JULIO 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 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. HELLBERG KAID URSULA .

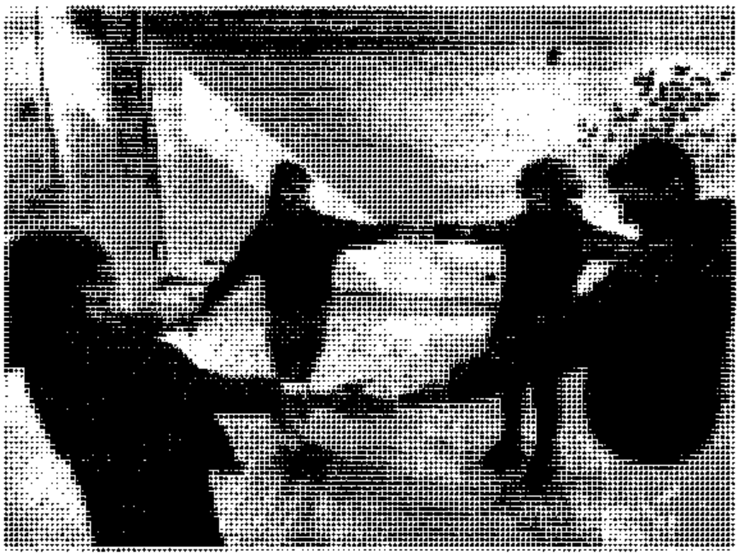
Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, JULIO de 2025
mes de año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T.1.



Theatre Solstice 2025

https://www.youtube.com/watch?v=S_O4QONUCUw&t=10s

T.2.

Kamishibai 2025 (Por favor solicitar acceso desde correo electrónico correspondiente)

https://drive.google.com/file/d/1NriPaUwpSEKpaKQ7SkYdzpKSwqFXfpV1/view?usp=sharing

PLANILLA CONTRO

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEATRO- DRAMA LAB	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ÚRSULA HELLBERG KAID	MARTES 11:15-13:15 HRS.

	NOMBRE 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	01/07/2025	08/07/2025	15/07/2025																	
1	BRAVO ALVAREZ JUAN LUIS			/	/																	
2	ESPINOSA REED MARIA INES			J	J																	
3	FARIAS MOYA CARLOS			J	J																	
4	HERRERA FISCHER MARCELA DEL PILAR			J	P																	
5	KAID SEPULVEDA LAURA MARIA SILVIA			J	J																	
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																	
10	SANTANDER PATUELLI GABRIEL ANTONIO			J	P																	
11																						
12																						
13			1/7/25 clase suspendida por profesora.																			
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 "/" (SLACH) 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

F. INICIO
1/MAY/25

DEPARTAMENTO
GESTIÓN DE TALLERES

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

F. TERMINO
30/NOV/25

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025

	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. MEDICO (SI / NO)
1																						
2																					SÍ	NO
3																					NO	NO
4																					SÍ	NO
5																					SÍ	NO
6																						
7																					SÍ	NO
8																					SÍ	NO
9																					SÍ	NO
10																					NO	NO
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

N

PLANILLA CONTRO

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEATRO- KIDS & THEATRE	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
ÚRSULA HELLBERG KAID	MARTES 17:00-18:30 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	01/07/2025	08/07/2025	15/07/2025																	
1	DEKOVIC ROMERO LJUBA VICTORIA			P	P																	
2	DEKOVIC ROMERO VJERA FRANCISCA			P	P																	
3	GUTIERREZ GUERRERO ANTONIA			J	P																	
4	GUTIERREZ GUERRERO JUAN PABLO			P	P																	
5	HELO SOLER FLORENCIA			J	/																	
6	LEIVA JARA JACINTA			P	/																	
7	VILLARROEL ARAYA LUCAS FRANCISCO			P	P																	
8																						
9																						
10			1/7/25 clase suspendida por profesora																			
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 "/" (SLACH) 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

F. INICIO
1/MAY/25

DEPARTAMENTO
GESTIÓN DE TALLERES

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

F. TERMINO
30/NOV/25

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
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																				

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO

FIRMA PROFESOR

N