

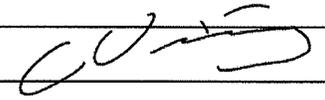
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VICUÑA MARIN CARLOS		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ORFEBRERIA BASICO	MAR 09:00-11:00	---	TEZCUCO 1283	4
T.2	ORFEBRERIA BASICO	LUN 11:15-13:15	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	3
T.3	ORFEBRERIA BASICO	MAR 11:15-13:15	---	TEZCUCO 1283	5
T.4	ORFEBRERIA BASICO	MIE 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5
T.5	ORFEBRERIA BASICO	MIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	3

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se retomo el armado de una estructura para un anillo donde se soldo el cuerpo al cajon
T.2	Se retomo el corte con sierra donde los alumnos toman dominio de la herramienta y la fabricación de cajones para engastar una piedra
T.3	Se retomo el armado de una estructura para un anillo donde se soldo el cuerpo al cajon
T.4	Se retomo el armado de una estructura para un anillo donde se soldo el cuerpo al cajon
T.5	Se retomo el armado de una estructura para un anillo donde se soldo el cuerpo al cajon

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

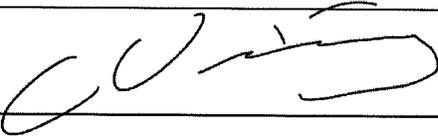
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VICUÑA MARIN CARLOS		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

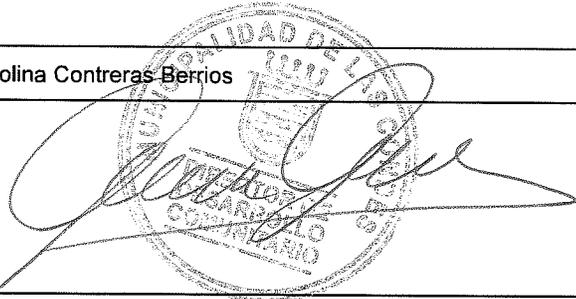
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ORFEBRERIA BASICO	VIE 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5
T.7	ORFEBRERIA BASICO	VIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5
T.8	ORFEBRERIA BASICO	LUN 09:00-11:00	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	3
T.9	--	--	--	--	
T.10	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se retomo el armado de una estructura para un anillo donde se soldo el cuerpo al cajon
T.7	Se retomo el armado de una estructura para un anillo donde se soldo el cuerpo al cajon
T.8	Se retomo el corte con sierra donde los alumnos toman dominio de la herramienta y la fabricación de cajones para engastar una piedra
T.9	
T.10	

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

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. VICUÑA MARIN CARLOS, 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. VICUÑA MARIN CARLOS.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes, JULIO de 2025
mes de año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Palencia</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Rosa de Apogonide</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Carla Urrutia</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Martes 9:00-11:00</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprima)	SESIONES																					
	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Elin Miranda		18 Marzo	P	P		P	J	J	J	P		P	P	P			P	P	J	J		
Catalina Toro		25 Marzo	P	P		P	P	P	J	P		P	P	P			J	P	P	P		
Orestes Castro			P	P		P	J	P	J	J		J	J	P			P	J	P	J		
Helena Lopez																						
Marzo Quintal			P	P		P	P	P	P		J	P	P	P			P	P	P	P		
Patricia Vega																						
Lucia Montero			J	P		P	P	J	P	P		P	P	J	P		P	P	P	P		
Veronica Vache			P	P		P	P	J	P	P		J	P	J	P		P	P	J	P		
Catalina Rockstroh									P	J		J	P	J	J		J	J	J	J		

ASISTENTES POR SESION	5	6	6	4	4	4	5	3	6	4	4	5	5	4	4							
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "X" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Deportes</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>Zona de Recreación</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Carlos Vázquez</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>17/05/2015</i>

REGLA
 OCIAL
 Debe
 de in
 Podr
 méd
 Debi
 en l
 regi
 esi
 esi
 le

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Apellidos y Nombres)	Nº	DÍAS DE LA SEMANA																			
		L	M	M	J	J	V	S	D	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. <i>Alfonso Hernández</i>		P	P	P																	
2. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
3. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
4. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
5. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
6. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
7. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
8. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
9. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
10. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
11. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
12. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
13. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
14. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
15. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
16. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
17. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
18. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
19. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
20. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
21. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
22. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
23. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
24. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					
25. <i>Guillermo de la Cruz</i>																					

Nº DE ASISTENTES POR SERIE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

MARQUE CON "P" SI EL ALUMNO ASISTE A CLASES.
 MARQUE CON "N" SI EL ALUMNO NO ASISTE A CLASES.
 MARQUE CON "A" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS.

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AERÓBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Orfebrería

LUGAR DE EJECUCION

Rosa de Maganda

NOMBRE DEL PROFESOR

Carlos V. ...

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes 11:15 - 13:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			15 Mayo	16 Mayo	17 Mayo	1 Abril	2 Abril	3 Abril	4 Abril	5 Abril	6 Abril	7 Abril	8 Abril	9 Mayo	10 Mayo	11 Mayo	12 Mayo	3 Junio	10 Junio	17 Junio	24 Junio	1 Julio
1. Elia Miranda			P	P		P	J	J	J	P		P	P	P	P		J	P	J	J		
2. Carolina Toro			P	P		P	P	P	J	P		P	P	P	/		P	P	P	P		
3. Orietta Castro			P	P		P	J	P	J	J		J	J	P	/		P	/	P	J		
4. Isabel Bravara			P	/		/																
5. Marisol Guinet			P	P		P	P	P	P	P		J	P	P	P		P	P	P	P		
6. Ana Gudebur			P	P		P	P	J	P	P		P	J	P	P		P	P	P	P		
7. Patricia Vega			P	/		P	P	P	P	P		P	P	/	P		P	P	P	P		
8. Silvana Gambaro			P	P		P	P	P	P	P		P	P	P	J		J	J	J	J		
9. Lucía Montero			J	P		P	P	J	P	P		P	P	J	P		P	P	P	P		
10. Carlos Palacios			P	P		P	J	P	P	P		P	P	P	J		P	P	J	P		
11. Viviana Vadre			P	P		P	P	J	P	P		J	P	J	P		P	P	J	P		
12. Helen Lagos						P	P	P	J			J	P	J	J		J	J	J	P		

ASISTENTES POR SESION	10	9	10	8	7	5	9	7	9	7	6	8	8	6	8
-----------------------	----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Dance

LUGAR DE EJECUCION
UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR
Carlos Viana

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles 9:00-11:00.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESION	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		
1 Lucia Salinas			P	P		J	P	J	J	J		J	J		P		/	/	J	J		
2 S. Lucia Rodriguez			P	P		J	P	P	P	P		P	J		P		P	J	J	J		
3 Gladys Contreras			/	/		/	/															
4 Catalina Abzola			P	P		P	J	P	P	P		J	J		J							
5 Cristina Garrido			J	P		P	P	J	P	P		J	P		P		P	P	P	P		
6 Carmen Luz Casafont			P	P		J	P	P	J	P		P	P		P		P	P	P	P		
7 Gloria Rigo																	/	/	P	P		
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	3	5	2	4	3	3	4	3	2	1	4	3	2	3	3							
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BLACH) 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
Orfomeria

LUGAR DE EJECUCION
UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR
Carla Viviana

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 9:00-11:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprima)	SESIONES	FECHA																				
		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Angelica Pettit			P	P		P	P		P		A	P	P	P	P		P	P				
2 Dalia Carrizo			/	/		J	P		/		A	D	P	P	J	J	P	P				
3 Giovanna Maldonado			P	P		P	P		P		A	P	P	P	P		P	P			A	D
4 Ana Vidal			P	P		P	P		P		R	P	P	J	J		J	J				
5 Abelardo Maldonado			P	P		J	/		/		R	X	P	J	J		P	/			R	
6 Solange Saiz			J	J		P	P		/		R	J	J	P	P		J	J			R	
7 Cristina Gautiel											C	R	J	J	P		J	J				
8 Carolina Reyes																	P	P				
9												E										
10												E										
11												E										
12												E										
13																						
14																						
15			N																			
16			N																			
17			N																			
18 Angelica Pettit																						
19 Dalia Carrizo																						
20 Giovanna Maldonado																						
21 Ana Vidal																						
22 Abelardo Maldonado																						
23 Solange Saiz																						
24 Cristina Gautiel																						
25 Carolina Reyes																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	4	4	5	3	1	5	5	3	4	5	3										
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
Oratoria

LUGAR DE EJECUCION
UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR
Carlos Vivian

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 19:00 - 19:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprime)	S E N S I B I L I D A D	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Angelica Pitt		P	P		P	P		P		P	P	P	P		P	P					
2. Maria Carraceda		/	/		J	J		J		P	P	P	J	J		J	J				
3. Delia Carrizo		/	/		J	P		/		P	P	J	J		J	/					
4. Giovanna Maldonado		P	P		P	P		P		P	P	P	P		P	P					
5. Ana Vidal		P	P		P	P		P		P	P	J	J		J	J					
6. Abelardo Maldonado		J	P		J	J		/		P	/	J	J		P	J					
7. Xenena Diaz		/	/		J	J		P		P	P	J	J		P	P					
8. Carolina Reyes															P	P					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18. Angelica Pitt																					
19. Maria Carraceda																					
20. Delia Carrizo																					
21. Giovanna Maldonado																					
22. Ana Vidal																					
23. Abelardo Maldonado																					
24. Xenena Diaz																					
25. Carolina Reyes																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Calistenia

LUGAR DE EJECUCION
Parque Parícuti

NOMBRE DEL PROFESOR
Carla Vazquez

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 7:00 - 11:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Antonia Watkins		P	P	J																	
2. Patricia Troncoso		P	P	/																	
3. Catalina Abzela		P	P	P																	
4. Cristina Jarama		J	J	P																	
5. Maria Gonzalez		/	R																		
6. Loreto Velasco		P	P	J	X	P	P	P	P												
7. Maria Cleveria		J	J	P	/	J	P	P	P	P	P	P	P								
8. Maria Hernandez		/	P	P																	
9. Patricia Jarama																					
10. Antonia Pastene																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

DE ASISTENTES POR SESION

1	4	5	4	5	5	4	5	6	5	5	4	4	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

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.