



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	ARRIAGADA HEPNER LOLINCA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ARTETERAPIA	LUN 10:30-12:30	--	ROSA OHIGGINS 54	7
T.2	ESTIMULACIÓN A TRAVÉS DE LAS ARTES VISUALES	MIE 10:00-12:00	JUE 10:00-12:00	CDD REINA ASTRID - CDD ISABEL CATÓLICA	8

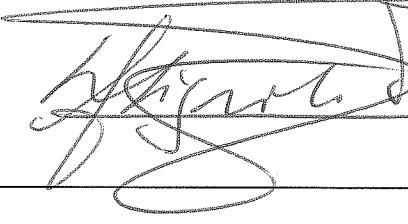
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Al inicio de cada sesión se realizan ejercicios de respiración y relajación y movilidad articular de manos y dedos. Trabajo de creación plástica con tintas de colores Uso de papel diamante y lápices de grafito Observación de lo realizado en busca de formas y reflexión personal de su obra. ¿qué formas observo? ¿qué sentimientos aparecen? ¿cómo me sentí trabajando con una bombilla? Finalmente se dibuja el sentimiento contrario al expresado.
T.2	Charla expositiva acerca de la obra de Pablo Picasso apoyado por láminas Ejercicios de preguntas y respuestas sobre los contenidos expuestos Dibujar y colorear naturaleza muerta de estilo cubista Uso de lápiz grafito y plumones de colores

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. ARRIAGADA HEPNER LOLINCA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes OCTUBRE 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 OCTUBRE 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. ARRIAGADA HEPNER LOLINCA .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, OCTUBRE mes de 2025 año