

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

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

Nombre	ABURTO MIRANDA CAROLINA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

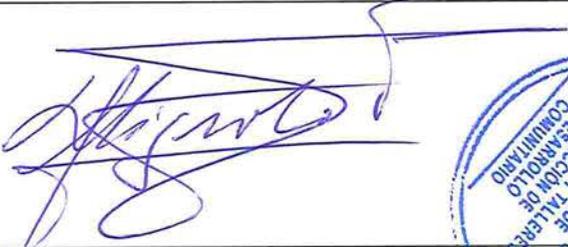
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	NUMEROLOGIA BASICO	LUN 15:45-17:45	---	LA CAPITANIA 255	6
T.2	NUMEROLOGIA BASICO	LUN 13:30-15:30	---	LA CAPITANIA 255	9
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Introducción al transgeneracional numerológico, cómo se obtiene, transmite y analiza la información.
T.2	Cálculo y descripción de casas numerológicas del 1 al 9.
T.3	
T.4	
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. ABURTO MIRANDA CAROLINA, 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. ABURTO MIRANDA CAROLINA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Envío archivo de scanner con planilla de asistencia.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
NU DE ROLOGIA INTERMEDIO

LUGAR DE EJECUCION
La CAPITANIA 255

NOMBRE DEL PROFESOR
CAROLINA ABUATO M.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES 1545 - 1745

N	SESIONES	FECHA																				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Monica Osorio	1 MARZO	V	V	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	Jorge Schwartz	2 MARZO	-	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3	Elena Maldonado	3 MARZO	V	V	P	J	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Versuica Tabak	4 MARZO	V	V	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Angelica Diaz	5 MARZO	-	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	Lorena McDonald	6 MARZO	V	V	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P
7	Lorena Mujica	7 MARZO	V	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8	Susana Godoy	8 MARZO	V	V	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9	Paulina Torres	9 MARZO	J	V	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Andrea Silva	10 MARZO	-	X	-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	Lucia Crespi	11 MARZO	-																			
12																						
13	Yanalis Vilegas																					
14	(Nuria)																					
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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
NUTRIBOLOGIA

LUGAR DE EJECUCION
LA CAPITANA 255

NOMBRE DEL PROFESOR
CAROLINA ABERTO N.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES 13³⁰ - 15³⁰

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
1 AILYN SILVA		P	P	P	J	P	/	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
2 VESNA PODVSE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 GLORIA MUSA		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 ANA RIVAS		P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P
5 VERONICA ARDILES		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
6 KARIN NAETER		P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
7 VERONICA MORALE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 RINA TOLEDI		P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
9 SUSANA ERGAN		/	/	/	P	/	/	RENUNCI A													
10 ELIZABETH GONZALEZ		P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	/	/	/	J	/	/	/
11 JELICIA CRESPI		NUEVA					P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	P	J	P
12 JENNY STONE		NUEVA					P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
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 PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

