

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GOMEZ HERTZ NATALIA		
RUT		Período del Contrato	01/06 - 30/11 2025

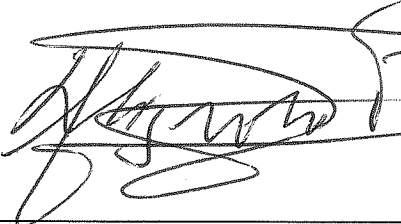
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TAROT TERAPEUTICO BASICO	JUE 11:00-13:00	---	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	7
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Avanzamos en el conocimiento y conexión con los Arcanos Mayores del Tarot, terminando con este primer módulo el pasado 21 de Agosto. En este mes hemos visto los Arcanos más desafiantes y también los más espirituales. En cada clase, además de la información académica de cada carta, propiciamos discusión en torno a ella, identificación de la biografía de cada alumno respecto a la carta y también hacemos una meditación.
T.2	
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. GOMEZ HERTZ NATALIA, 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. GOMEZ HERTZ NATALIA .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLAN

NOMBRE DEL TALLER
TAROT TERAPÉUTICO BÁSICO

NOMBRE DEL PROFESOR
NATALIA GÓMEZ HERTZ

LUGAR DE EJECUCIÓN
CENTRO COMUNITARIO ROTON

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN
JUEVES 11:00-13:00 HRS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		SE	NO	03/07/2025	10/07/2025	17/07/2025	24/07/2025	31/07/2025	07/08/2025	14/08/2025	21/08/2025	28/08/2025	04/09/2025	11/09/2025	18/09/2025	25/09/2025
1	CALLEJA RODRIGUEZ MARIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	CARD PINEDA VIVIANA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P					
3	DE LA VEGA SUAREZ DANIEL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	DOMKE METNOL EDUARDO	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	GARCIA BONINELIS ANA MARIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	HERRERA FISCHER MARCELA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	MERINO GOYCOLEA MARA EMILIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8	SIERRALTA HINOJOSA PAULINA	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
9	ADAMIA MORALES OSCILIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

