



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	HURTADO ULLOA ANGELA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	TAROT AVANZADO	JUE 09:00-11:00	---	ALCANTARA 434	6
T. 2	TAROT BASICO	MAR 19:30-21:30	---	ALCANTARA 434	6
T. 3	TAROT BASICO	JUE 19:30-21:30	---	ALCANTARA 434	5
T. 4	---	---	---	---	
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	EL DIABLO, LA torre, LA luna, EL SOL, LA ESTRELLA.
T.2	LA lectura de Tiempos. AS DE BASTOS, ESPADAS, OROS, COPAS DAS DE BASTOS, ESPADAS, OROS, COPAS
T.3	LA LECTURA DE LAS ENERGÍAS EL DIABLO, LA TORRE, LA ESTRELLA, LA LUNA, EL SOL.
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. HURTADO ULLOA ANGELA, 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. HURTADO ULLOA ANGELA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

TAROT

LUGAR DE EJECUCIÓN

JUNTA COLÓN 4000

NOMBRE DEL PROFESOR

ÁNGELA LIBERTAD HURTADO

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

JUEVES 9:00 A 11:00 AM

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº
FECHA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
08-05 15-05 22-05 29-05 05-06 12-06 20-06 03-07 10-07 17-07 24-07 31-07 07-08 14-08 21-08

1	CECILIA SERRANO	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J					
2	AILYN SILVA	/	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P					
3	M ⁸ TERESA UNDUERRAGA	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P					
4	NEIA RODRIGUES	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J					
5	PATRICIA CARVALLO	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P					
6	ALEJANDRA ALCAINO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	/					
7	FRANCISCA RIVERA	/	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
8	SANDRA CASTILLO							P	P	P	P	/	/	/	/					
9	CARLA AGUERO.							P	P	P	P	P	P	P	P					
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

4 5 6 6 6 5 6 5 6 6 6 6 6 6 4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
8-05

DEPARTAMENTO
TALLERES

F. TÉRMINO
27-11

PROGRAMA
Recreativos y Desarrollo.

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : -
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
TAROT

LUGAR DE EJECUCIÓN
JUNTA COLÓN 4000

NOMBRE DEL PROFESOR
ANGELA LIBERTAD HURTADO

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MARTES 19:30 a 21:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			1-04	8-04	15-04	22-04	29-04	06-05	13-05	20-05	27-05	03-06	10-06	24-06	01-07	08-07	15-07	22-07	05-08	12-08	19-08	
1 Constanza Espoz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2 Constanza Lopez			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3 JAVIERA OLIVA			P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4 JESSICA ALARCÓN			J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	
5 BELEN AHUES			J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6 Katherine GUJARDO			J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7 BARBARA GALVEZ.			J	J	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	3	3	6	5	5	6	5	4	5	6	6	7	7	7	7	7	6	5	6	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN " / " (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

DEPARTAMENTO
TAIHERES

PROGRAMA
T Recreativos y de Desarrollo

[illegible]

P. H. H. H. H. H.
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
TALLER TAROT

LUGAR DE EJECUCIÓN
JUNTA COLÓN 4000

NOMBRE DEL PROFESOR
ANGELA HURTADO

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
JUEVES 19:30 a 21:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº
FECHA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

15/05 16/05 17/05 18/05 19/05 20/05 21/05 22/05 23/05 24/05 25/05 26/05 27/05 28/05 29/05 30/05 31/05 01/06 02/06 03/06

PAOLA OLAVARRIA
MACARENA SOTO
PAMELA ARELLANO
FERNANDA GOMEZ
LIBERTAD PAIVA
ALHARA ESPINA
FRANCISCA GUARDADO

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

5 5 4 5 5 5 6 6 5 6 6 5 4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
15-05

DEPARTAMENTO
TAILARES

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe
evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
27-11

PROGRAMA
RECREATIVOS Y DESARROLLO

[illegible][illegible]

[Signature]
FIRMA PROFESOR

