

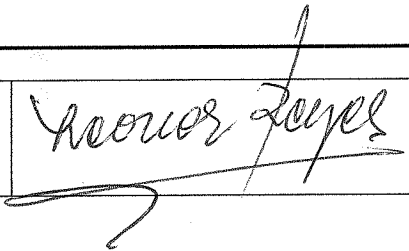
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	REYES ROSADO LEONOR		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

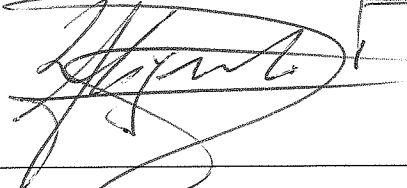
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	TAROT BASICO	MAR 15:00-17:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	9
T. 2	TAROT INTERMEDIO	MAR 18:00-20:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	4
T. 3	TAROT INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	—		5
T. 4	—	—	—	—	
T. 5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Arcaños Mayores y Arcaños menores la presentación de las figuras y su sig. nificado.
T.2	Arcaños Mayores y menores, mapas similares y su explicación.
T.3	Arcaños Mayores y menores. Práctica de lectura en Cuintiles y septiles.
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. REYES ROSADO LEONOR, 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. REYES ROSADO LEONOR .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 
Las Condes, <u>AGOSTO</u> de <u>2025</u> mes año	

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
TALLER de TAROT

LUGAR DE EJECUCIÓN
JUNTA de VECINOS LOS ALHENDADO

NOMBRE DEL PROFESOR
LEONOR REYES R.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MIÉRCOLES de 11:15 a 13:15

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				23-03-25	2-04-25	10-04-25	16-04-25	23-04-25	30-04-25	07-05-25	14-05-25	28-05-25	4-06-25	11-06-25	18-06-25	25-06-25	2-07-25	9-07-25	23-07-25	30-07-25	6-08-25	13-8-25	20-8-25
1	RIPDES de TERAN M. LORENA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	KALUMBIDE H. TERESA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	TRAUB K. ANA MARIA			P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
4	BUSTOS F. GABRIELA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J
5	TORRES I. ROSA ANGELICA																	J	J	J	J	J	J
6	RAMIREZ ROCA TATIANA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J		
7	PRADO BERGER JORGE									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J		
8	ORIANA CARDENAS GARCIA																	P	P	P	P		
9	Alejandro Gallegos																	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

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) 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

marzo

DEPARTAMENTO

gestión de talleres

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

noviembre

PROGRAMA

Talleres recreativos y desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1																					si	
2																					si	
3																					si	
4																					NO	
5																					si	
6																					NO	
7																					si	
8																					si	
9																					si	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Victor Reyes

FIRMA PROFESOR