

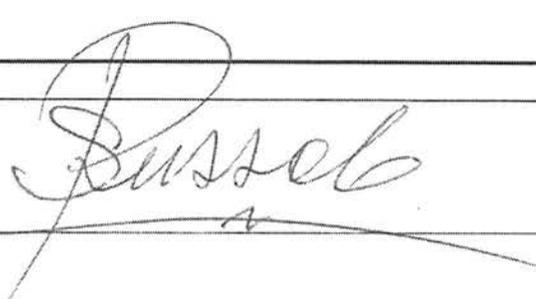
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	RUSSO CAMHI LUCY		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	TAROT AVANZADO	LUN 18:00-20:00	—	LA CAPITANIA 255	7
T. 2	TAROT BASICO	LUN 11:15-13:15	—	LA CAPITANIA 255	8
T. 3	TAROT BASICO	MIE 17:00-19:00	—	AMERICO VESPUCCIO SUR 1919	6
T. 4	—	—	—	—	
T. 5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	CARTAS GUIA - LECTURA CON INVITADO CARTAS DE LA SALUD - ARCANOS EN SUS CASAS CARTAS DE LA SALUD - ARCANOS EN SUS CASAS COMO LEER LAS CASAS - ARCANOS EN SUS CASAS
T.2	CARTAS 10 PRACTICA ARCANOS MENORES PAGES PRACTICA CAVALIEROS PRACTICA
T.3	COLGADO Y RUETE TEMPERANZA - PRACTICA DIABLO Y TORRE ESTRELLA Y LUNA
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. **RUSSO CAMHI LUCY**, 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 Sr./Sr. **RUSSO CAMHI LUCY**.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Taladro Avanzado

LUGAR DE EJECUCION: Salapitilla

NOMBRE DEL PROFESOR: Susana Russo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: 18⁰⁰ h. a 20⁰⁰ h.

N	BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	<u>Paulina</u>		07/04	14/04	21/04	28/04	05/05	12/05	19/05	26/05	02/06	09/06	16/06	23/06	30/06	07/07	14/07	21/07	28/07	04/08	11/08	18/08
1	<u>Paulina Torres</u>		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	<u>Amalia Tulez</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	<u>Maria Andrea Otero</u>		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	<u>Rebeca Barrantes</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	<u>Marcela Chessa</u>		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	<u>Valeria STRUBOS</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	<u>Jessica Lem</u>		J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	<u>Josef Schwartz</u>							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION: 9 11

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BLANC) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU HABISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

F. TERMINO: _____ PROGRAMA: _____

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

N	BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	FECHA																				ES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI/NO)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	<u>Paulina</u>		07/04	14/04	21/04	28/04	05/05	12/05	19/05	26/05	02/06	09/06	16/06	23/06	30/06	07/07	14/07	21/07	28/07	04/08	11/08	18/08		
1			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7			J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
8								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Susana Russo
 FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: TAROT BASICO

LUGAR DE EJECUCION: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: SUSANA RUISSO

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: LUNES 11⁵ PM. - 12¹⁵ PM.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	DÍAS																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Veronica Tabak		✓	✓	V	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Veronica Morales		✓	✓	V	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Lorena McDonald		✓	✓	V	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Maria Rosa Bonaventura		✓	✓	V	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Karim Noeta		✓	✓	V	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Patricia Gamero (*)		✓	✓	V	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Patricia Ninojosa		J	V	V	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Benjamín Soto		✓	✓	V	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Rodrigo Barrera		✓	✓	V	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P
10 Benj DAVASII (DASII)		J	J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 MARGELA CARRESSA																					
12 * Se Retira																					
13																					
14																					
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 "J" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA
 * Retirada

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

F. TERMINO: _____ PROGRAMA: _____

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	P	P	P	P	P															
2	P	P	P	P	P															
3	P	P	P	P	P															
4	P	P	P	P	P															
5	P	P	P	P	P															
6	*	-	-	-	-															
7	J	P	P	P	P															
8	J	P	P	P	P															
9	P	P	P	P	P															
10	J	P	P	P	P															
11	P	P	P	P	P															
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

Susana
 FIRMA PROFESOR