

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

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

Nombre	SIERRA ANGULO LUCIA CAROLINA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GRAFOLOGIA AVANZADO	MIE 15:00-17:00	—	LA RABIDA 5300	7
T.2	GRAFOLOGIA BASICO	MIE 10:00-12:00	—	LA RABIDA 5300	7
T.3	GRAFOLOGIA INTERMEDIO	JUE 12:10-14:10	—	CHESTERTON 7159	7
T.4	PINTURA PASTEL INTERMEDIO	MAR 11:15-13:15	—	LA CAPITANIA 255	8
T.5	TAROT AVANZADO	JUE 10:00-12:00	—	CHESTERTON 7159	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se analizó mi escrito con firma y texto, con Gestos especiales y gestos Graficos; FORM, TAMAÑO Y PRESION
T.2	Se estudio; las letras más represen- tativas. a - b - c - d - f - g - i - m - p - q
T.3	Estudiamos la Firmas con sistema de análisis de 9 cajas y su análisis por cada una.
T.4	Pintamos ejercicios de paisaje con luz y sombra; especialmente PAISAJES MARINOS.
T.5	Trabajas con 22 cartas; trabajando el pensamiento de JUNG.

Firma prestador de los servicios	CAROLINZ SIERRA A.
---	--------------------

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

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

Nombre	SIERRA ANGULO LUCIA CAROLINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

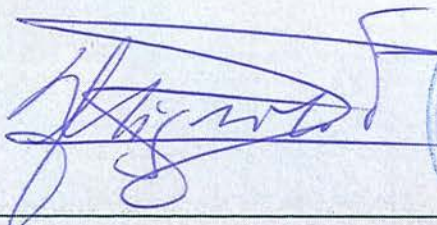
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TAROT AVANZADO	LUN 11:30-13:30	—	LA RABIDA 5300	8
T.7	TAROT BASICO	MAR 09:00-11:00	—	CHESTERTON 7159	7
T.8	TAROT INTERMEDIO	MIE 12:15-14:15	—	LA RABIDA 5300	8
T.9	TAROT INTERMEDIO	MAR 15:15-17:15	—	CHESTERTON 7159	7
T.10	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se trabajo la tirada de la carta astrológica con 12 cartas y 12 casas profundizando y cosa y ARCANO.
T.7	Estudio el arcano 10 de menores se vio la estructura del numero 10 y se significando de ciclo final
T.8	Varios diferentes tiradas de trabajo "Cruz Celta", de 6 cartas y consejo "Cruz simple de 5 cartas.
T.9	Estudiamos todos los símbolos de cada carta de A.MAYORES que son 22.
T.10	

Firma prestador de los servicios	CAROLINA SIERRA Ju
----------------------------------	--------------------

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. SIERRA ANGULO LUCIA 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. SIERRA ANGULO LUCIA CAROLINA.

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	LUGAR DE EJECUCIÓN
GRAFICOLOGIA	LA RABIDA
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
CAROLINA SIERRA	MIÉRCOLES 3 ^a 5 ⁰⁰

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

MARQUE COMMUNE "P" BLAUBERG AUSTRIA GLASS

MARKED CON UN "1" (ONE); STALLING NO A SOTTO A CLASSE

MAPA DE CRISE LIMA "3" DE ALLIANCE NA JUSTIFICACAO DA INEXISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO 15-3-25	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA: (Com menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TÉRMINO 30-4-25	PROGRAMA DECREATIVOS Y DESARROLLO	

[illegible]

¿ES ADULTO
MAYOR?
(SI/NO)

PRESENTA
CERTIF.
MÉDICO
(SI/NO)

Crediting Survey In
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
GRAFICOLOGIA	LA FAMILIA
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
CAROLINA ZIGRA A.	MIÉRCOLES 10 ⁰⁰ A 12 ⁰⁰

[illegible]

DE ASISTENCIA

F. INICIO 4-3-25	DEPARTAMENTO TALLERES	INSCRIPCIÓN MÍNIMA: (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TÉRMINO 30-11-25	PROGRAMA RECREATIVOS Y DESEARRO	

[illegible]

Charles S. S. S. S.
FIRMA PROFESSOR

[illegible][illegible][illegible]

Carden Sierra
FIRMA PROFESOR

[illegible][illegible]

56. DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES, A LOS EFECTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPODROMABIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

1. INICIO 15 - 3 - 78	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA
2. TÉRMINO 20 - 11 - 78	PROGRAMA MATEMÁTICAS Y ORDENADOR	(Cuantificación del totalizador de los créditos por asignatura y total)

[illegible]

Charles S. Searcy
IRMA PROFESSOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL PALETE: TECO LUGAR DE ASISTENCIA: LA RANCHA

NOMBRE DEL PROFESOR: CAROLINA SIERRA DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: VIERNES 12:00

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Cada apellido)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. H. JOSE NUOJA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. CLAUDIA SANCHEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. LINDA JENA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. VALENTIA AGUIAR	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. FOLMA BALDINI	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. VALENTIA LEVIN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. MONICA TRUJILLO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. JONASO KALATEH	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

ASISTENTES POR SEXO

MARQUE CON UNA "X" SI EL ALUMNO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UN "0" SI EL ALUMNO NO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU ASISTENCIA

SE RÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROSOX. DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 6-3-25 DEPARTAMENTO: UNIFEL INSCRIPCIÓN MÍNIMA: 1

F. TÉRMINO: 2-6-25 PROGRAMA: DEPORTIVO Y DE SALUD

	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	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	P	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	P	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	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	P	P	P	P	P	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																				

ES ADULTO MAYOR? (S/N)

PRESENCIA (S/N)

FIRMA PROFESOR: CAROLINA SIERRA

[illegible]

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
15-3-25	TALLERES
F. TÉRMINO	PROGRAMA
30-11-25	RECREATIVOS Y DESARROLLO

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

[illegible][illegible]

CAROLINA SIERRA 7
FIRMA PROFESOR