

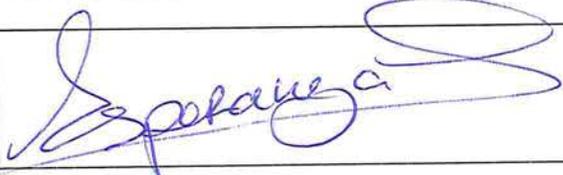
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	TORO CARMONA CELIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	MEDITACION HOLISTICA	JUE 11:00-13:00	---	[REDACTED]	5
T. 2	MEDITACION HOLISTICA	MAR 11:00-13:00	---	[REDACTED]	6
T. 3	MEDITACION HOLISTICA INTEGRAL	VIE 11:00-13:00	---	[REDACTED]	8
T. 4	TERAPIAS DE ENERGIA	MAR 19:00-21:00	---	[REDACTED]	7
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Meditación pasiva. a través de un relato consciente y guiado. Técnicas de respiración.
T.2	Meditación pasiva. a través de un relato consciente y guiado. Técnicas de respiración.
T.3	Meditación pasiva. a través de un relato consciente y guiado. Técnicas de respiración.
T.4	Meditación pasiva. a través de un relato consciente y guiado. Técnicas de Respiración.
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. **TORO CARMONA CELIA**, 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.a./Sr. **TORO CARMONA CELIA**.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Medit Holist

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio:

Profesor: Esperanza Liso

Día - Horario: Jueves de 11 a 13⁰⁰

Termino: Nov

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	Paulina Tapia	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	+	X		X	1	20/3	
2	Carolina Veas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	+	✓		✓	2	27/3	
3	Jorge Cesteros	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	+	✓		✓	3	3/4	
4	Carolina Poblete	✓	✓	X	✓	✓	✓		X	✓	X	X	X	+	✓		✓	4	10/4	
5	Cecilia Cañas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	5	11/4	
6	Angélica Pavéz	✓		X	no recibí para la tarde											X		X	6	14/4
7	Paulina Tapia	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	+	X		X	7	24/4	
8	Alicia Oliberos					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	+	✓		✓	8	1/5	
9	Cristina Elvira	viaje										✓	✓	✓	+	✓		✓	9	8/5
10	Nitza									✓	✓	✓	✓	+	✓		✓	10	15/5	
11																		11	22/5	
12																		12	29/5	
13																		13	5/6	
14																		14	12/6	
15																		15	19/6	
16																		16	26/6	
17																		17	03/7	
18																		18	10/7	
19																		19	17/7	
20																		20		
21																		21		
22																		22		
23																		23		
24																		24		
25																		25		
26																		26		
27																		27		
28																		28		

N° Asistentes por sesión	8																		
% Asistencia por sesión	53	36	45	45	55	55	55	55	55	15	0	4							
% Promedio asistencia acumulado	5																		

Marque con una "P" si alumno asistió a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
 Marque con un "I" si alumno no asistió a clase:

Esperanza Liso

20/6

20/6

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Meditación Holística

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio:

Profesor: Isabelaura IOP

Día - Horario: Martes de 11 a 13

Termino: Nov

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
	18 marzo	25 marzo	01 abril	08 abril	15 abril	22 abril	29 abril	6 mayo	13 mayo	20 mayo	27 mayo	3 junio	10 junio	17 junio	24 junio	01 julio	08 julio		
1. <u>Jorge Cisternas</u>		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1	✓	
2. <u>Cristina Elwain</u>	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2	✓	
3. <u>Cristian Flores</u>	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	✓	
4. <u>Isabel Fuenzalida</u>	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4	✓	
5. <u>Rosana Fuenzalida</u>						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	✓	
6. <u>Sonia Ayo</u>	✓	✓					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6		
7. <u>Carolina Poblete</u>		✓	✓	✓			✓	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	7		
8. <u>Carolina Venegas</u>		✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8		
9. <u>Tatiana Romero</u>																	9		
10. <u>Nitza</u>																	10		
11																	11		
12																	12		
13																	13		
14																	14		
15																	15		
16																	16		
17																	17		
18																	18		
19																	19		
20																	20		
21																	21		
22																	22		
23																	23		
24																	24		
25																	25		
26																	26		
27																	27		
28																	28		

N° Asistentes por sesión	8																		
% Asistencia por sesión	2	4	6	4	7	7	6	7	6	6	6	6	6	6	6	5			
% Promedio asistencia acumulado	6																		

Marque con una "P" si alumno asistió a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
 Marque con un "/" si alumno no asistió a clase:

Isabelaura IOP

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
MEDITACIÓN HOLÍSTICA INTEGRAL

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR
ESPERANZA TORO CARMONA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
VIERNES 11:00-13:00 HRS.

N	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			04/07/2025	11/07/2025	18/07/2025	25/07/2025	01/08/2025	08/08/2025	15/08/2025	22/08/2025	29/08/2025	05/09/2025	12/09/2025	19/09/2025	26/09/2025	03/10/2025	10/10/2025	17/10/2025	24/10/2025	31/10/2025	07/11/2025	14/11/2025
1	ARRIAGADA MULLER JUAN IGNACIO		P	P	P	P	P			P												
2	CAMPBELL AVENDAÑO JUAN ALEJANDRO		P	P	/	P	P		F	P				F							F	
3	CELERY SANZ CECILIA JIMENA		/	/	P	P	/	/	E	/				E							E	
4	GONZALEZ CAÑAS MARIA PAZ		P	P	/	P	P		R	P				R							R	
5	JADUE DEL PINO MONICA VIVIANA		P	P	P	P	P		I	P				I							I	
6	LARA NIETO CONSUELO MAKARENA		/	/	/	/	/	/	A	/				A							A	
7	MICHELL LOPEZ JACQUELINE SUSANA		P	P	P	P	/		D	P				D							D	
8	YOLI DE FRAGA MONICA CRISTINA		P	P	P	P	P		O	P				O							O	
9	Paula Varela			P	P	P	/	/	/													
10	Marcela Hernandez		J	P	P	P	P	P		P												
11	Juan Iglesias			P	P	P	P	P		P												
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION 6 9 8 10 7 8 8

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO 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 PARTICIPEI EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Medif. Holist.

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Agosto

Inicio:

Profesor: Esperanza Tolo

Día - Horario: Martes 19^h a 21^h

Termino: Nov

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
	18/3/2025	25/3/2025	1/4/2025	8/4/2025	15/4/2025	22/4/2025	29/4		6/5	13/5	20/5	27/5	3/6	10/6	17/6	24/6	7/7	14/7	21/7
1 Daniela	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1	✓	✓
2 Cecilia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2		
3 Marcela	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	✓	
4 Alejandra Julia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4		
5 Carlina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5		
6 Marjorie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6	✓	
7 Francisco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7	✓	
8 Rupélica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8		
9 Janis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9		
10 Kristiane	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	✓	✓
11 Karen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11		
12																	12		
13																	13		
14																	14		
15																	15		
16																	16		
17																	17		
18																	18		
19																	19		
20																	20		
21																	21		
22																	22		
23																	23		
24																	24		
25																	25		
26																	26		
27																	27		
28																	28		

N° Asistentes por sesión	11	10	7	9	10	7	7	9	8	6	8	7	7	8	7	5		
% Asistencia por sesión	100	100	70	90	100	70	70	90	80	60	80	70	70	80	70	50		
% Promedio asistencia acumulado	70																	

Marque con una "P" si alumno asistió a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
 Marque con un "I" si alumno no asistio a clase:

Esperanza Tolo



