

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	CABELLO MUSSA SUSANA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INTELIGENCIA EMOCIONAL AVANZADO	MIE 11:30-13:30	---		7
T.2	---	---	---	---	
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	DISPARADORES DE ANSIEDAD, TRABAJO PRACTICO Y ASPECTOS QUE YA NO QUIERO CARGAR: INSEGURIDADES, PERFECCIONISMO, CULPA, MIEDOS IRRACIONALES, ESPECTATIVAS AJENAS Y RELACIONES QUE NO ME APORTAN.
T.2	
T.3	
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. CABELLO MUSSA SUSANA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes JULIO 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 JULIO 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. CABELLO MUSSA SUSANA .

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes, JULIO de 2025
mes año

INTELIGENCIA EMOCIONAL AVANZADO

LUGAR DE EJECUCION

CÍRCULO DE ENCUENTRO LOS DOMINICOS

NOMBRE DEL PROFESOR

SUSANA CABELLO

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MIÉRCOLES 11:30 - 13:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N° F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
				19/03/2025	26/03/2025	02/04/2025	09/04/2025	16/04/2025	23/04/2025	30/04/2025	07/05/2025	14/05/2025	28/05/2025	04/06/2025	11/06/2025	18/06/2025	25/06/2025	02/07/2025
1	ARGOMEDO ALLENDE GASTON			P	J	P	J	A				P	P	J	P	P	P	J
2	CABEZAS GONZALEZ NELSON RAFAEL			P	P	J	J					P	P	P	P	P	J	J
3	COLOMA CONTRERAS SYLVIA ALICIA			J	J	J	J											
4	ESPINOZA ALMARZA LISSETTE MARISA			P	P	P	P					J	J	P	J	P	J	J
5	GUTIERREZ RODRIGUEZ CECILIA			P	P	P	P					P	P	P	J	P	P	P
6	LETELIER IZQUIERDO ALEJANDRA			P	J	P	J					P	P	J	J	J	P	P
7	MAYORCA GAMBOA ELIZABETH			P	P	P	P					J	J	J	J	J	J	J
8	MORALES MONTENEGRO PATRICIA			P	J	P	P					P	J	P	P	P	P	P
9	NEGRETE CORDOVA VIOLETA			P	J	J												
10	POBLETE DE LA CERDA GRACIELA (Piti)			P	P	P	J					P	P	P	P	P	P	P
11	POBLETE PACHECO ELIANA			P	J	P	P					P	P	P	P	P	P	P
12	MATEO GUELL			P	P	J	J					P	P	P	J	J	P	P
13	MADCAITA GARCIA			P	P	J	J					P	P	P	P	P	P	P
14	RICARDO GONZALEZ R			P	P	P	P					J						
15	Mondrus Ostrowman Andre											J						
16	Liliane ANNE VAILLE MMS												P	P	P	J	J	J
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
N° DE ASISTENTES POR SESION				9	1	7	9	8				9	9	9	8	8	8	7
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		72

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

