

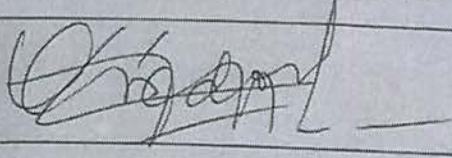
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CORDOVA VALLE CARMEN		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	TAROT BASICO	LUN 10:00-12:00	—	██████████	5
T. 2	TAROT BASICO	JUE 18:00-20:00	—	██████████	6
T. 3	TAROT INTERMEDIO	MIE 16:00-18:00	—	██████████	7
T. 4	TAROT INTERMEDIO	MAR 10:00-12:00	—	██████████	5
T. 5	—	—	—	—	—

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Arcanos Menores n° 6 (Copas, Oros, Espadas, Bastos): Definición aspectos negativos y positivos. Colores. Rasgos psicológicos. Numerología. Salud. Practica con Arcanos Mayores. Combinaciones. Preguntas y Respuestas. Consulta de alumnas.
T.2	Arcanos Menores n° 5 (Copas, Oros, Espadas, Bastos): Definición aspectos positivos y negativos. Colores. Rasgos psicológicos. Numerología. Salud. Practica con Arcanos Mayores. Combinaciones. Preguntas y Respuestas. Tiradas en gral.
T.3	Arcanos Mayores VIII (Fuerza) - IX (Hermitaño): Definiciones. Colores, simbolos, aspectos psicológicos. Numerología. Aspectos positivos y negativos. Salud. Combinaciones de Arcanos (Comprensión y entendimiento de una carta y otra)
T.4	Tiradas de Autoconocimiento (Comprensión psicológica y espiritual de uno mismo). Combinaciones de arcanos (Integración de conceptos). Actividades de Imaginación para el desarrollo de la Intuición.
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. CORDOVA VALLE CARMEN, 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. CORDOVA VALLE CARMEN .

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

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Autoconoc a través del Tarot	Ar. Colón # 7000. I.V. C-13
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
C. Gloria Córdoba Valle	lunes de 10:00 a 12:00 hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				1-3	2-3	3-3	4-4	5-4	6-4	7-5	8-5	9-5	10-5	11-5	12-6	13-6	14-6	15-6	16-7	17-7	18-7	19-7	
1 Sergio Astorga				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		
2 Victoria Jensen				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		
3 Sol Jaramez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		
4 Roser Malla				P	P	P	P	P	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
5 Cecilia Pimentel				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J		
6 Ana L. Saavedra				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	J		
7 Alicia Aguilera Olivares												P	P	P	J		J	J	J	J	P		
8 Paola Acevedo																	P	P	P	P	J		
9 Amanda Falcón																				P	J		
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15 * Roser Malla Viaje																							
16 * Alicia Aguilera Viaje																							
17 * Cecilia Pimentel Viaje																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	10	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																							
MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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 PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-3-2025

DEPARTAMENTO
Gestión de Talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 2
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
30-11-2025

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de desarrollo

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Autocencia a través del Tarot

LUGAR DE EJECUCION
Juan Esteban Montero # 5449 av. C-4

NOMBRE DEL PROFESOR
Carmen Gloria Colorado Valle

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves de 18:00 a 20:00 hrs -

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA		27-3	3-4	10-4	17-4	24-4	8-5	15-5	22-5	29-5	5-6	12-6	No clases	26-6	3-7	10-7	17-7				
1	Pilar Bravo				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P				
2	Lorena Cembrano				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P				
3	Naomi Epstein				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P				
4	Carla Garmitz				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P				
5	Erika Guerrero				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P				
6	Pamela Salinas				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	J	J				
7	Fredelinda Claramunt				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8	Patricia Urra																			P				
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION 6

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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 PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.

ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-03-2025

DEPARTAMENTO
Gestión de Talleres

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30-11-2025

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Desarrollo

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
(SI / NO)	(SI / NO)

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																			


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Autodesarrollo a través del Tántr

LUGAR DE EJECUCION
Juan de Austria # 1539 I.V.C3

NOMBRE DEL PROFESOR
Carmen Gloria Córdova Valle

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 16:00 a 18:00 hrs -

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA																			
1 Eugenia Humiaga			19-3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2 Mirtha Dabed			26-3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3 Leonor López			2-4	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	J	/	P	P					
4 Silvia Palma			9-4	P	P	J	P	J	P	J	J	J	/	/	/	/	/					
5 Ana M ^a Palacios			16-4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6 Ana M ^a Lepe			23-4	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	J	/	J	J					
7 M ^a Angelica Castillo			30-4				P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
8 M ^a Ester Izquierdo			7-5					P	J	P	P	J	J	J	/	/	/					
9 Patricia Carralho			14-5						P	P	P	P	P	P	P	P	J					
10 Karla Muñoz			28-5														P					
11			4-6																			
12			11-6																			
13 Silvia Palma Retiro			25-6																			
14 M ^a Angelica Castillo Retiro			2-7																			
15 Patricia Carralho Vial			9-7																			
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION 6 5 5 7 4 6 6 7 6 6 6 4 4 5 5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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 PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-3-2025

F. TERMINO

30-11-2025

DEPARTAMENTO
Gestión de Talleres

PROGRAMA	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	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
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

PROGRAMA	
Talleres Recreativos y de Desarrollo	

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Desarrollo

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Autoconciencia a través del Tarot

LUGAR DE EJECUCION
Ar. Colón # 400 J.V C-13

NOMBRE DEL PROFESOR
O. Gloria Córdoba Valle

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes de 10:00 a 12:00 hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					18-3	25-3	1-4	8-4	15-4	22-4	29-4	6-5	13-5	20-5	27-5	3-6	10-6	17-6	24-6	1-7	8-7	15-7		
1	Sol Jimenez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P			
2	Veronica Barrios				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P			
3	Victoria Jensen				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P			
4	Ana Ma Saavedra				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P			
5	Roser Molla				J	P	P	P	P	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
6	Waldia Perez				P	J	J	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7	Denisse Loeff				/	/	/	/	/	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8	Marta Cheguan												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 5 5 5 5 5 5 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) 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 PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 4
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Desarrollo

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR