

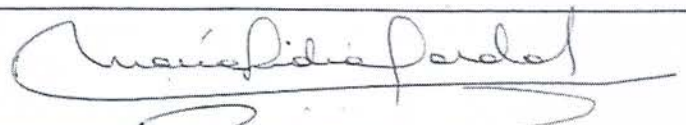
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	PARDO ALVAREZ MARIA LIDIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

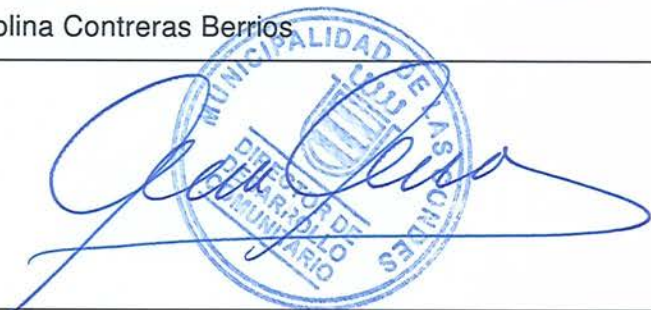
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ENEAGRAMA BASICO	LUN 11:00-13:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5
T.2	ENEAGRAMA BASICO	JUE 09:00-11:00	—	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	8
T.3	ENEAGRAMA INTERMEDIO	MIE 17:00-19:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	18
T.4	ENEAGRAMA INTERMEDIO	MIE 10:30-12:30	—	ROSA OHIGGINS 54	4
T.5	ENEAGRAMA REFLEXIONES AVANZADO	MAR 11:00-13:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabaja la autoobservación - la Esencia el Ego, a través de preguntas y reflexión grupal por ejemplo ¿Que me ha pasado con el Eneagrama?
T.2	Trabajamos las emociones a través de compartir con el grupo, respondiendo preguntas por ejemplo ¿donde las siento?
T.3	Se trabajan las emociones y sombras por personalidad y en preguntas que compartan con el grupo por ejemplo ¿Quién impide perdonarme?
T.4	El autoconocimiento me facilita el reconocer mis trampas, en como me percibo y así vemos por personalidad
T.5	Trabajamos carta de autoobservación del psiquiatra Bucay, vemos como me identifico que expectativas tengo y comparto

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. PARDO ALVAREZ MARIA LIDIA, 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. PARDO ALVAREZ MARIA LIDIA .

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

Las Condes,

JULIO

mes

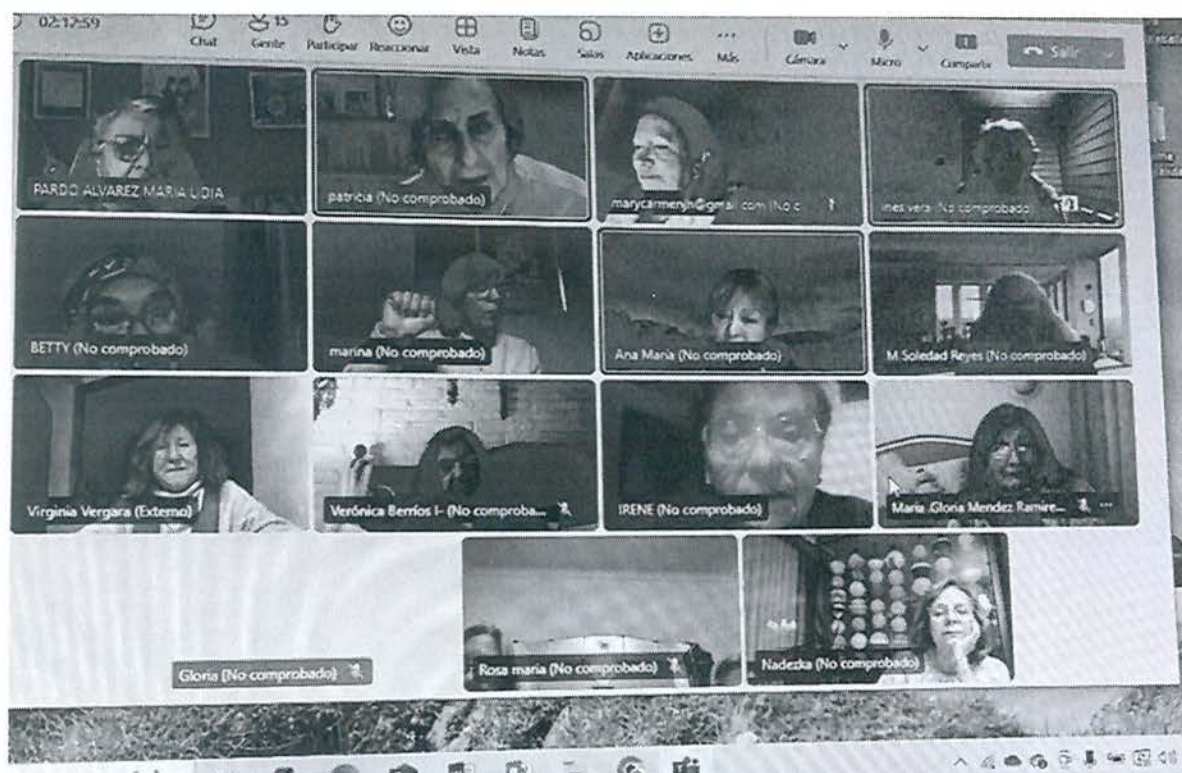
de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.





PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

ENEAGRAMA BASICO

LUGAR DE EJECUCION

CIRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR

MA. LIDIA PARDO ALVAREZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

JUEVES 09:00 A 11:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		03/07/2025	10/07/2025	17/07/2025	24/07/2025	31/07/2025	07/08/2025	14/08/2025	21/08/2025	28/08/2025	04/09/2025	11/09/2025	18/09/2025	25/09/2025	02/10/2025	09/10/2025	16/10/2025
1	ARENAS VALENZUELA NORMA DEL CARMEN	P	P	P													
2	CARVAJAL LOPEZ FRESIA DE LOURDES	P	P	P													
3	CORTES MUÑOZ MARIA DE LA LUZ	/	/	/													
4	FERNANDEZ GAMBOA MARIA ELIANA	P	P	P													
5	GONZALEZ URROZ MARIA DEL CARMEN	P	P	P													
6	GUASCH SCHREBLER MARIA BEATRIZ	P	P	P													
7	HORMAZABAL VALENZUELA JIMENA DE LA LUZ	J	J	J	J												
8	MOYANO VATEL MARIA LORETO	P	P	P													
9	ORTIZ VICUÑA GLADYS EDITH	/	/	/													
10	PARDO BELLO SARA MARIANA	P	P	P													
11	SUAREZ DE RODRIGUEZ SINOVA	-	-														
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	

F E R I A D O

DE ASISTENCIA

F. INICIO

17/03/2025

DEPARTAMENTO

ADULTO MAYOR

INSCRIPCION MINIMA :

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

F. TERMINO

30/11/2025

PROGRAMA

PSL-30

(Informe Final)

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	C.MÉD.	ASIST. INDIVIDUAL	N° ASIST.	% ASIST.
23/10/2025	30/10/2025	06/11/2025	13/11/2025	20/11/2025	27/11/2025																			
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																								

FIRMA PROFESOR

FECHA :

NOTAS POR SESION	1	7	8																						
CIEN POR SESION																									
ASISTENCIA ACUMULADA																									

UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Eucragrama

LUGAR DE EJECUCION

Junta Vecinos La Gloria

NOMBRE DEL PROFESOR

Mra. Lidia Roldo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES
FECHA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2-7-25	9-7-25	16-7-25	23-7-25	30-7-25	6-8-25	14-8-25	21-8-25	28-8-25	4-9-25	11-9-25	18-9-25	25-9-25	2-10-25	9-10-25					
2	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					
4	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					
6	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					
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																				

N° DE ASISTENTES POR SESION

5 6 6 6 3 4 4 4 5 6 6 4 4 4

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Eucragrama

LUGAR DE EJECUCION

Junta Vecinos La Gloria

NOMBRE DEL PROFESOR

Mra. Lidia Roldo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES
FECHA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	2-7-25	9-7-25	16-7-25	23-7-25	30-7-25	6-8-25	14-8-25	21-8-25	28-8-25	4-9-25	11-9-25	18-9-25	25-9-25	2-10-25	9-10-25				
2	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				
4	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				
6	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				
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																			

N° DE ASISTENTES POR SESION

5 6 6 6 3 4 4 4 5 6 6 4 4 4

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.