

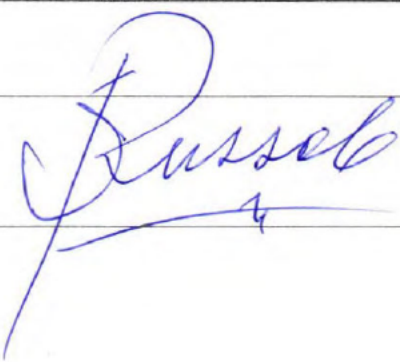
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	RUSSO CAMHI LUCY		
RUT	██████████	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	TAROT BASICO	JUE 18:00-20:00	---	NEVERIA 4698	5
T. 2	TAROT BASICO	LUN 11:15-13:15	---	LA CAPITANIA 255	6
T. 3	TAROT AVANZADO	LUN 18:00-20:00	---	LA CAPITANIA 255	7

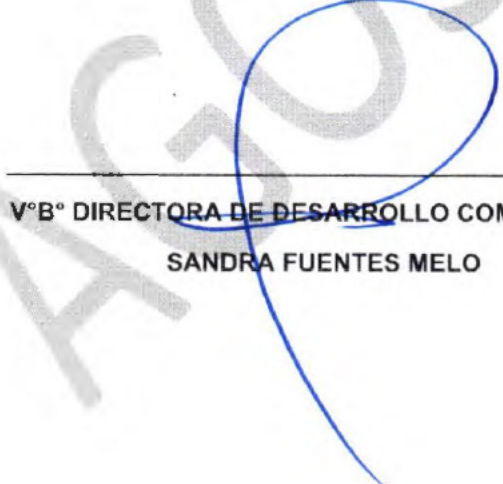
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	SE ENSEÑÓ LOS ARCANOS MAYORES LA MUERTE, LA TEMPLANZA, EL DIABLO Y EL SIGNIFICADO DE CADA UNO.
T.2	SE LES ENSEÑÓ LOS ARCANOS MENORES QUE CORRESPONDEN A LAS CARTAS NUMERADAS DEL 1 AL 10. CON LA EXPLICACIÓN CORRESPONDIENTE.
T.3	SE TERMINÓ EL REPASO DE LAS 78 CARTAS DEL TAROT. Y EJERCICIOS CON INVITADOS.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe (S) 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. **RUSSO CAMHI LUCY**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **AGOSTO** de 2026, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2026**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **AGOSTO** de 2026; 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. **RUSSO CAMHI LUCY**.

Nombre Jefe (S) de Departamento	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO