

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

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

Nombre	BRAVO DROGUETT TOMAS		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PINTURA OLEO BASICO	LUN 09:00-11:00	---	PUQUIOS 9187	5
T.2	PINTURA OLEO BASICO	VIE 10:00-12:00	---	PUQUIOS 9187	6
T.3	--	---	---	---	
T.4	--	---	---	---	
T.5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se aborda la pintura al óleo de forma práctica a través de la representación de referencias fotográficas a elección de cada integrante sobre soportes de tamaño mediano.
T.2	Se aborda la pintura al óleo de forma práctica a través de la representación de modelos simples dispuestos en cada clase sobre soportes de tamaño mediano.
T.3	
T.4	
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. BRAVO DROGUETT TOMAS, 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 Sra./Sr. BRAVO DROGUETT TOMAS .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Pintura óleo básico

LUGAR DE EJECUCION
C.V Padre Humberto Sur. Puguinos 9187

NOMBRE DEL PROFESOR
Tamás BRAVO Dagnett

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 10:00 - 12:00 hs

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		17/03/25	24/03/25	31/03/25	07/04/25	14/04/25	21/04/25	28/04/25	05/05/25	12/05/25	19/05/25	26/05/25	02/06/25	09/06/25	16/06/25	23/06/25	30/06/25	07/07/25	14/07/25	21/07/25	28/07/25
1	Paola Romero	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P		P	P	P	P	P	P
2	María Muñoz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P
3	Hernán Cabrera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P
4	Camillo Marañano	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	P	P	P	P
5	Osmán Miranda			P	P	P	J	P	P	P	P	J	P		J	P	P	P	P	P	J
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Clase suspendida

N° DE ASISTENTES POR SESION 3 3 5 5 5 4 3 5 4 4 5 4 5 X 4 4 5 5 5 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

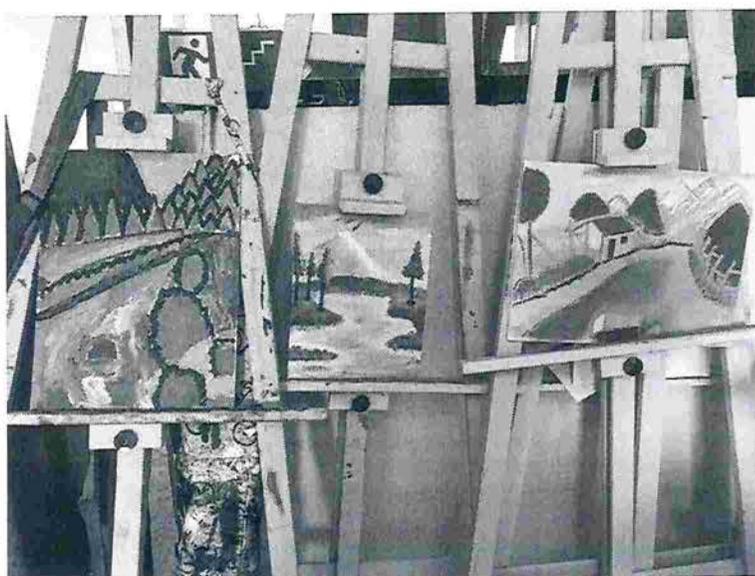
SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



T.1



T.2