

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

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

Nombre	CONTRERAS ESCOBAR CLAUDIO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CANTO BASICO	LUN 17:15-19:15	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.2	CANTO BASICO	VIE 18:15-20:15	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.3	GUIARRA BASICO	VIE 16:00-18:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajo de la propiocepción en el canto con el objetivo de sentir y compartir las sensaciones del cuerpo en la actividad del canto. Se realizan ejercicios de relajación, respiración, y vocalizos enfocados en las siguientes áreas: Colocación de la voz, resonancia, proyección y afinación. Las alumnas cantan repertorio grupal con armonizaciones simples.
T.2	Trabajo durante el mes enfocado en seguir generando confianza en el canto y descubriendo las posibilidades vocales de las alumnas y alumnos. Se realizan ejercicios que potencien la capacidad respiratoria y resistencia en el canto, aplicándolo al repertorio individual y grupal del taller.
T.3	Los alumnos dominan los acordes principales de guitarra y se escoge repertorio de acuerdo con su nivel de aprendizaje. Se potencian aspectos musicales como el ritmo, el pulso y las dinámicas musicales. Se realizan además los primeros ejercicios de lectura de tablatura para guitarra.
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. CONTRERAS ESCOBAR CLAUDIO, 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. CONTRERAS ESCOBAR CLAUDIO .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Canto Básico II	Junta de Vecinos Colón 2.000
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Claudio Contreras	Lunes de 17:15 a 19:15 hrs.

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	5	5	7	-	3	-	0	7	5	-	6	6	6	-	5	8	-	6	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

S: CLASE SUSPENDIDA
F: FERIADO

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

DE ASISTENCIA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA	
talleres recreativos, de desarrollo 2021	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	04-08-25	11-08-25	18-08-25	25-08-25																
1	P	/	S	/																
2	/	/	S	/																
3	P	/	S	/																
4	P	P	S	P																
5	P	P	S	P																
6	P	/	S	P																
7	P	P	S	P																
8	/	/																		
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

63-4

[illegible]

~~FIRMA PROFESOR~~

NOMBRE DEL TALLER
Caulo Básico I

LUGAR DE EJECUCIÓN
Junta de Vecinos Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR
Claudio Contreras E.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 18:15 a 20:15 hrs.

Nº	FECHA	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Claudia Rodriguez	P	P	P	P	F	P	P	S	/	/	S	P	P	F	P	P	/	P	P	/
2	Silvia Bascoli	P	P	P	P	F	/	P	S	P	P	S	P	P	F	P	P	P	P	P	/
3	Fierina Salah	P	P	P	P	F	/	/	S	P	/	S	P	P	F	P	/	P	P	P	P
4	Viviana Arriagada	/	P	P	P	F	P	P	S	/	/	S	P	P	F	P	P	P	P	/	P
5	Paulette Rodriguez	/	P	P	P	F	P	/	S	P	P	S	P	P	F	P	P	P	P	P	P
6	Sergio Contreras	/	P	P	P	F	/	/	S	P	P	S	P	P	F	P	P	P	P	P	P
7	Anton Ziller					F		S	P	/	S	P	P	F	/	P	P	/	P	P	
8	Eva Ryndani					F		S	/	P	S	P	P	F	P	P	P	P	P	/	
9	Berta Rivas	J	/	/	/	F	/	S	/	/	S	/	/	F	/	/	/	/	/	/	/
10	Patricia Diaz	/	/	/	/	F	/	S	/	/	S	/	/	F	/	/	/	/	/	/	/
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	3	6	6	6	-	3	3	-	5	4	-	8	8	-	7	7	8	6	7	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

S: CLASE SUSPENDIDA
F: FERIADO

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

NOMBRE DEL TALLER

Guitarra Básica

LUGAR DE EJECUCIÓN

Juntos de Vecinos Colón 8000

NOMBRE DEL PROFESOR

Claudio Contreras

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Viernes de 16:00 a 18:00 hrs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				21-03-21	28-03-21	04-04-21	11-04-21	18-04-21	25-04-21	02-05-21	09-05-21	16-05-21	23-05-21	30-05-21	06-06-21	13-06-21	20-06-21	27-06-21	04-07-21	11-07-21	18-07-21	25-07-21	01-08-21
1	Boulette Marie Rougier			P	P	P	F	P	/	S	P	P	S	P	P	F	P	P	P	P	P	P	P
2	Jacqueline Rougier			P	P	P	P	F	P	/	S	P	P	S	/	P	F	P	P	P	P	P	P
3	Mamuel Paez			P	P	P	P	F	P	P	S	/	/	S	/	P	F	P	P	/	P	P	P
4	Virginia Arrigada			/	P	/	/	F	P	/	S	/	/	S	/	/	F	/	/	P	/	/	/
5	Barbara Montañon			P	P	P	P	P	P	S	P	P	S	P	P	F	P	P	P	P	P	P	P
6	Ricardo Brincio			P	P	P	P	F	P	P	S	P	P	S	/	P	F	P	P	P	P	P	/
7	Yvonne Montoya			P	P	P	/	F	/	/	S	P	P	S	P	P	F	P	/	P	/	P	P
8	Yvonne Ponce					P	P	F	P	/	S	P	P	S	/	/	F	P	P	P	/	/	/
9	Patricia Barralis																						
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

5 7 7 6 - 7 3 - 6 6 - 3 6 - 7 6 7 6 6 5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

S: CLASE SUSPENDIDA

F: FERIADO

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO
21-03-25

DEPARTAMENTO
Locución de Contratos y Jallena

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
28-11-25

PROGRAMA
Talleres recreativos de desarrollo 20

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T.1 CANTO BASICO LUN 17:15-19:15



T.2 CANTO BASICO VIE 18:15-20:15



T.3 GUITARRA BASICO VIE 16:00-18:00

