

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

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

Nombre	DOTTE PIÑA PATRICIO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CANTO POPULAR BASICO	LUN 20:00-22:00	---	PJE. MONICA 1559	7
T.2	COLORES DE MI TIERRA-MUSICA	MIE 20:00-22:00	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8
T.3	GUIARRA BASICO	MIE 18:00-20:00	---	PJE. MONICA 1559	7
T.4	GUIARRA BASICO	JUE 18:00-20:00	---	PJE. MONICA 1559	7
T.5	MUSICA FOLCLORICA INTERMEDIA	MIE 11:00-13:00	---	PJE. MONICA 1559	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Para este mes se le entrego a cada alumno 1 canción que más le acomode tanto en el tono como en lo vocal y también en la interpretación. Entendiendo que el alumno reconozca el tono que está cantando.
T.2	Para este mes se sigue reforzando él trabaja en conjunto, tanto en lo instrumental, técnicas de canto, aprendiéndose cada una de las canciones que se presentaran en el mes de Agosto y septiembre.
T.3	Para este mes se integran a los alumnos nuevos. Reforzando las notas básicas (Do-Re-Mi-Fa-Sol). Para los Alumnos con un poco más conocimiento en cuanto hacer las notas, se le sigue reforzando los nombre de las cuerdas, Ya entregando una canción que les acomode tocar.
T.4	Para este mes se integran a los alumnos nuevos. Reforzando las notas básicas (Do-Re-Mi-Fa-Sol). Para los Alumnos con un poco más conocimiento en cuanto hacer las notas, se le sigue reforzando los nombre de las cuerdas, Ya entregando una canción que les acomode tocar.
T.5	Para este mes se sigue implementando las canciones que sean realizado en los meses anteriores, preparando para prontas presentación que estaremos como grupo. Demostrando lo aprendido en el año. Tanto en lo vocal como grupal.

Firma prestador de los servicios	
---	--

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

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

Nombre	DOTTE PIÑA PATRICIO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TECNICAS DE CANTO E INSTRUMENTOS BASICO	VIE 11:15-13:15	---	PJE. MONICA 1559	5
T.7	TECNICAS DE CANTO E INSTRUMENTOS BASICO	MIE 20:30-22:30	---	PJE. MONICA 1559	6
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Para este mes se sigue enseñando de forma grupal, las notas Semi Tono (Altos, Bajos y Medios) de cada Canción. Teniendo como base siempre el teclado y la guitarra. También repasando y ensayando con los instrumentos de apoyo.
T.7	Para este mes se sigue enseñando de forma grupal, las notas Semi Tono (Altos, Bajos y Medios) de cada Canción. Teniendo como base siempre el teclado y la guitarra. También repasando y ensayando con los instrumentos de apoyo.
T.8	
T.9	
T.10	

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. DOTTE PIÑA PATRICIO, 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. DOTTE PIÑA PATRICIO.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Clases de 96 horas.

LUGAR DE EJECUCION
Santa Zita 9131

NOMBRE DEL PROFESOR
Fernando V. de la Cruz

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 20:00 a 22:00 hrs.

N	SESIONES	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		<i>José Rosa Ortiz</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2		<i>Yanis Dymhia Duro</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3		<i>Lynn Nidia Hernández</i>	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4		<i>Yanis Verónica Cuervo</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5		<i>Sofía Espinoza Valdivia</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6		<i>Julian Carrasco</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7		<i>Yuliana Figueroa</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8		<i>Juan Burgos</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9		<i>Carina Flori Obando</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION | 8 8 8 8 8 8 8 8 8 9 9 8 8 7 9 6 7 8 8 9

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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
SANTAS Vidas.

LUGAR DE EJECUCION
Gr. 9to no 1529

NOMBRE DEL PROFESOR
Laura Xile R.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MIÉRCOLES 18:00 a 20:00 hrs.

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. Yvris Dyrcha Torres	P	P	P	P	P	P	P	P													
2. Laura Torres Torres	P	P	P	P	P	P	P														
3. Yvris Victoria Castro	P	P	P	P	P	P															
4. Carla Flora Sandoval	P	P	P	P	P	P															
5. Sofia Espinosa Valeri	P	P	P	P	P	P															
6. Yuliana Jimenez	P	P	P	P	P	P															
7. Janet Medina	P	P	P	P	P	P															
8. Constanza de la Cruz																					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION
2 7 7 7 7 5 5 1 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Musica Folclorica Interactiva

LUGAR DE EJECUCION
Par. Gómez # 1559

NOMBRE DEL PROFESOR
Rafael Valle Vind

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 11:00 a 12:00 hrs.

N	SESIONES	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		<i>Ana Castillo Castro</i>	P	P	P	P	P	P	P													
2		<i>Montano de las G. Mol</i>	/	P	/	P	P	P	P													
3		<i>Delia + Salud Vind</i>	P	P	P	P	P	P	P													
4		<i>Lina Norma Mosquera</i>	P	P	P	P	P	P	P													
5		<i>Alina Verónica Rueda</i>	P	P	P	P	P	P	P													
6		<i>Shirley Torres</i>	P	P	P	P	/	P	P													
7		<i>Luis Alberto Colina</i>																				
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION *8 6 5 6 5 6 6 / 4 5 5 0 6 6 / 6 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Tea. de Canto e Ins. Borico

LUGAR DE EJECUCION
Paseo. Thomas 1559.

NOMBRE DEL PROFESOR
Laminas yolk Kina.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 11:15 a 13:15 hrs.

N	SESIONES	FECHA	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		04/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2		11/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3		18/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4		25/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5		02/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6		09/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7		16/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8		23/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9		30/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10		06/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11		13/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12		20/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13		27/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14		04/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15		11/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16		18/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17		25/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18		01/08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19		08/08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20		15/08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION 4 5 5 6 6 5 6 4 6 6 6 6 6 5 5 6 5 5 5 5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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.

