

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

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

Nombre	GONZALEZ BUSTOS SEBASTIAN		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	METODOS Y CREACION ARTISTICA	MIE 12:30-14:30	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	6
T.2	METODOS Y CREACION ARTISTICA	LUN 12:30-14:30	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	5
T.3	METODOS Y CREACION ARTISTICA	MIE 10:00-12:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	7
T.4	MULTIPLES TECNICAS DE ARTES PICTORICAS BASICO	LUN 10:00-12:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Alumnos trabajan con acuarela distintos paisajes del campo y el mar. Principalmente vemos perspectiva y que existan al menos 3 capas de acuarela.
T.2	Alumnos trabajan el retrato, inventado por ellos, con distintas técnicas. Grafito, Carboncillo y Acuarela.
T.3	Alumnos trabajan con acuarela distintos paisajes del campo y el mar. Principalmente vemos el concepto de la saturación y la relación agua y pigmento.
T.4	Alumnos trabajan con acuarela distintos paisajes del campo y el mar. Principalmente los ejercicios son sobre teoría del color.

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. GONZALEZ BUSTOS SEBASTIAN, 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. GONZALEZ BUSTOS SEBASTIAN .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Metodología y creación Artística	LUGAR DE EJECUCION Junta San Pedro
NOMBRE DEL PROFESOR Sebastián González B.	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER MIÉRCOLES 12:30 a 2:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				19 marzo	26 marzo	2 abril	9 abril	16 abril	23 abril	30 abril	7 mayo	14 mayo	21 mayo	28 mayo	4 junio	11 junio	18 junio	25 junio	2 julio	9 julio	16 julio	23 julio	30 julio
1 CADELINA ALVAREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 PAULA FERNANDEZ	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 BENIGNO AGUILERA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 NORA RENGIFO	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 MONICA AGUIRRE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 CAROL GONZALEZ	R	E	N	U	N	C	I	A															
7 ALFONSO HERRERA	R	E	N	U	N	C	I	A															
8 ALFREDO FERNANDEZ	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 MARIA PAZ URZUA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 MARCELA ORTIZ																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	4	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	5	5	6	4	9
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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, HIROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____ (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1	P	P	P	P	P																	
2	P	P	P	P	P																	
3	P	P	P	P	P																	
4	P	P	P	P	P																	
5	P	P	P	P	P																	
6																						
7																						
8	P	P	P	P	P																	
9	P	P	P	P	P																	
10	P	P	P	P	P																	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Métodos y Creación Artística	Taller N° 1
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Sebastián González B	VIERNES DE 12:30 a 2:30

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION		5	5	6	5	2	6	5	6	6	5	5	5	4	3	3	3	3	3	3	3
-----------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17 marzo	Tallones

F. TERMINO	PROGRAMA
	tallones.

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe
evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Métodos y técnicas Artísticas	Junta San Pedro Sala 4
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jesús González B	MIÉRCOLES 10:00 a 12:00

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION	
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
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____ (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MOLINAS TÉCNICAS DE LÍNEAS PROPRIAS	BILBAO ALTO TALLER 5
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SEBASTIÁN GONZÁLEZ BUSTOS	LUNES 70:00 a 12:00

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	
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
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

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

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

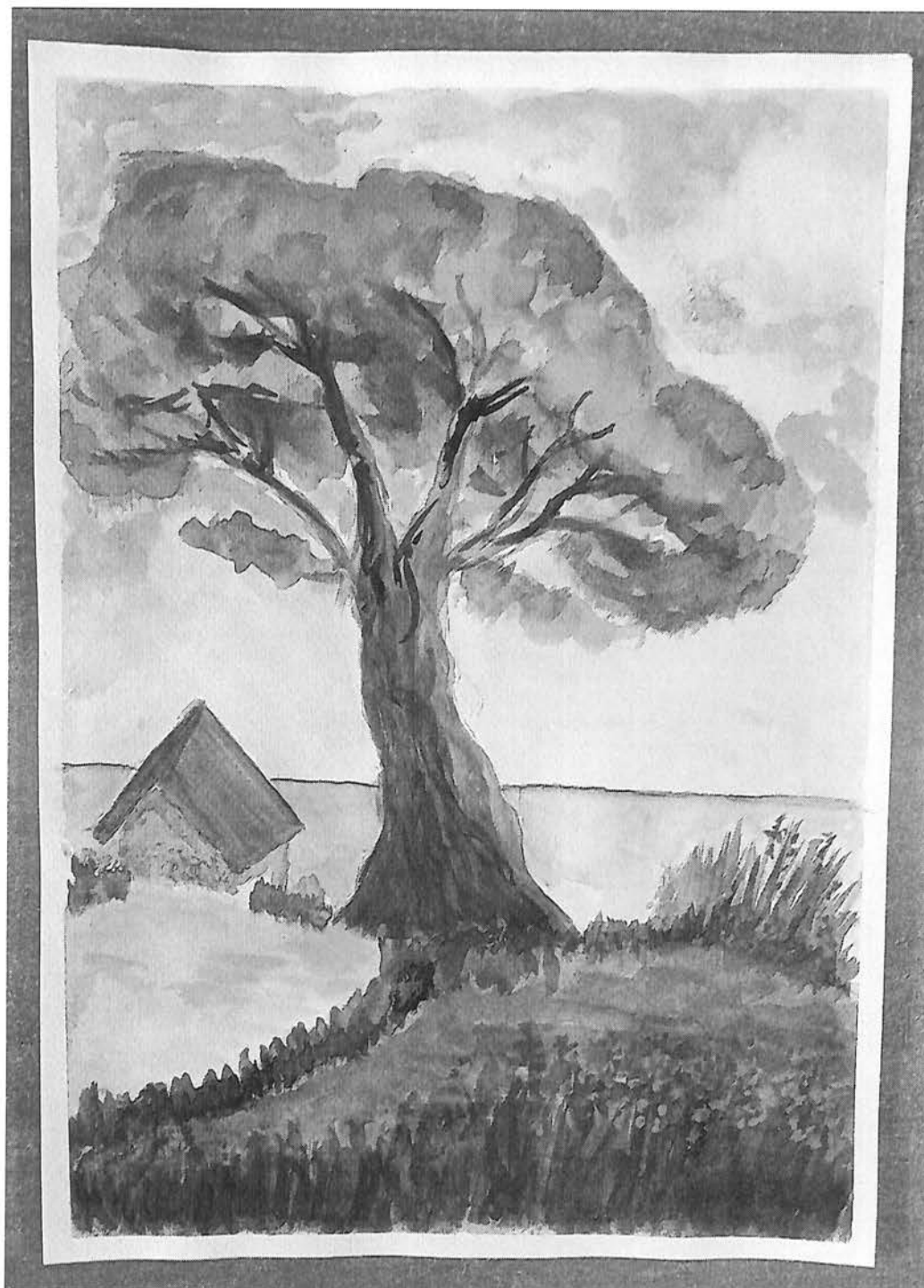
F. INICIO	DEPARTAMENTO
17 marzo	TALLERES
F. TÉRMINO	PROGRAMA
	talleres recreativos - 1 de mayo/16

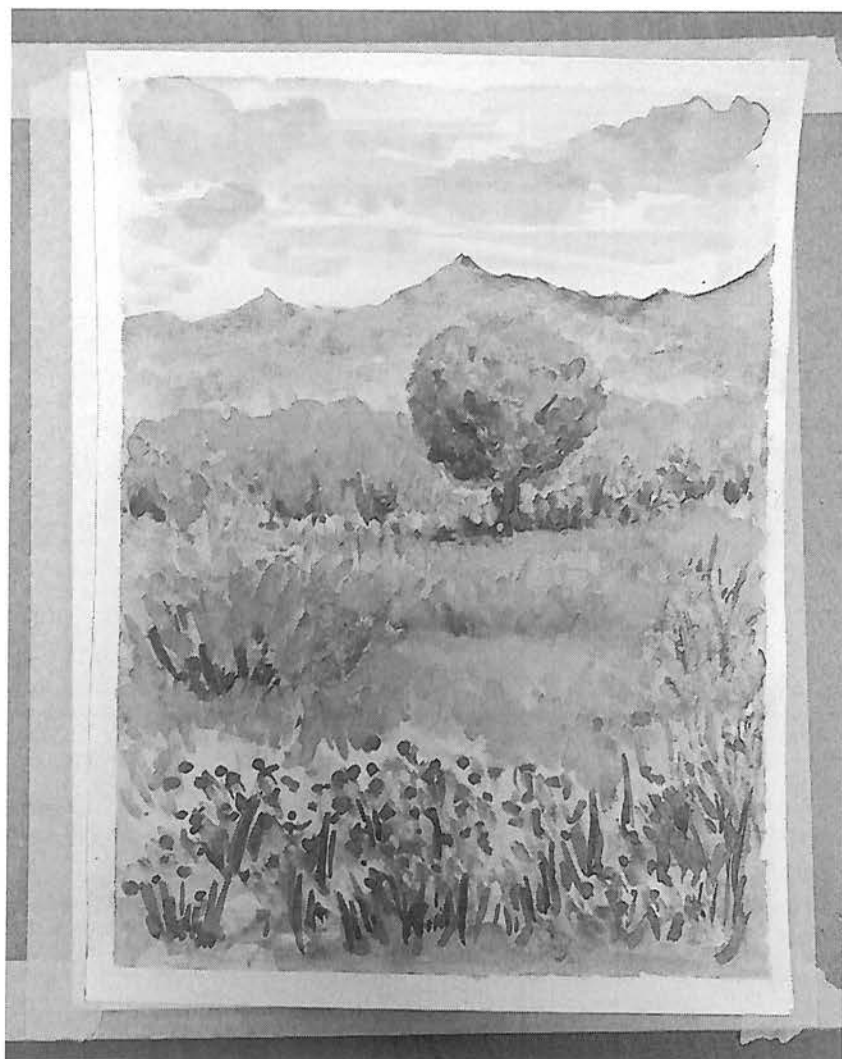
INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con menos del mínimo se debe
evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	28 3.10	4 AGOSTO	11 AGOSTO	18 AGOSTO																
1	P	J	P																	
2	P	J	J																	
3	P	P	P																	
4	P	P	P																	
5	_____																			
6	PJP																			
7	_____																			
8	P	P	P																	
9	P	P	P																	
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

746

[illegible]





MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Juan de Austria - LUN 12:30-14:30



- Imagenes de trabajos de alumnos de Eloisa Diaz

