

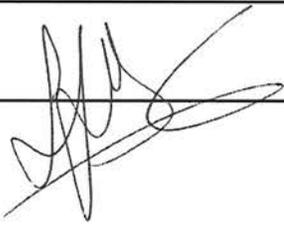
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ITURRIETA CARCAMO LUIS FELIPE		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CORO BASICO	MAR 17:20-19:20	---	CHESTERTON 7159	5
T.2	--	---	---	---	
T.3	--	---	---	---	
T.4	--	---	---	---	
T.5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>__Entrenamiento vocal y técnicas de canto básicos: Respiración, pronunciación de vocales, resonancia, intensidad de voz, rítmica, interpretación (fraseo y conceptos melódicos según estilo).</p> <hr/> <p align="center">Repertorio en español que considera baladas, boleros y folclore latinoamericano.</p>
T.2	<hr/>
T.3	<hr/>
T.4	<hr/>
T.5	<hr/>

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. ITURRIETA CARCAMO LUIS FELIPE, 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. ITURRIETA CARCAMO LUIS FELIPE .

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

Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Taller Coro Adultos Jardines de Apoquindo.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: CORO ADULTOS LUGAR DE EJECUCIÓN: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: Luis Felipe Tronqueza DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: MARTES 17.30 - 19.20

N°	NOMBRE COMPLETO 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
1	PAMELA ARELINO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	PAUSE CHAVEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	MERLEDES RIVERA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	MARY ARAHAUS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	HEIDI RÜTTINGHAUSEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	MARLEN GARCE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN: 4 4 3 6 6 5 10 6 4 10 5 10 5 6 6 7 4 4 4

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 AEROBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 18/03/2025 DEPARTAMENTO: _____ INSCRIPCIÓN MÍNIMA: _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO: 25/04/2025 PROGRAMA: _____

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
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	P	P	P	P	P															
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

LES ADULTO MAYOR? (SI / NO) PRESENT CERTIF. MÉDICO (SI / NO)

10546

Prof. GRUFFSOR