

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

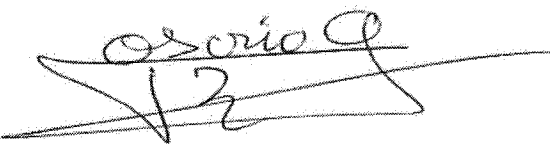
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	OSORIO GOMEZ ROLANDO		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

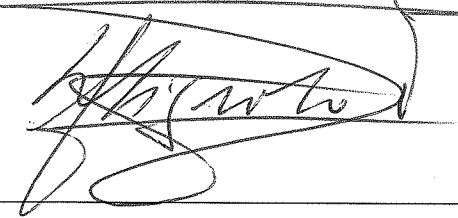
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	COLON ORIENTE-BAILE	SAB 11:00-13:00	---		19
T.2	COLON ORIENTE-BAILE	SAB 13:10-15:10	---		19
T.3	COLON ORIENTE-BAILE	SAB 15:20-17:20	---		16
T.4	COLON ORIENTE-BAILE	SAB 17:30-19:30	---		16
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	1. Acondicionamiento físico en base a la cueca para infantil 2. Ensayo cuadro Huaso 6 danzas mas una cuca y Patagonia 8 danzas
T.2	1. Revisión de montaje obra campesina 2. Montaje de la temporera obra campesina 3. Ensayo de todo lo realizado
T.3	1. Acondicionamiento físico para juvenil, con expresión corpíral 2. .- revisión coreográfica de cuadro huasos con al menos 7 danzas 3. Revisión coreográfica de Chiloé , con entes mágicos y danzas propias de las fiestas chilotas
T.4	1. Revisión de borrador coreográfico de la obra campesina 2. Montaje de bailes con influencia mexicana 3. Montaje coreografías del velorio de angelito
T.5	1.- Revisión de vestuarios e implementos escénicos, utilería

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. OSORIO GOMEZ ROLANDO, 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. OSORIO GOMEZ ROLANDO .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del

¿ES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENTA CERTIFIC. MEDICO (SI / NO)

MARQUE CO UNA *P* SI ALUMNO ASISTIO A CLASE
MARQUE CO UNA */* SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASE
MARQUE CO UNA *J* SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

FIRMA DEL PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del

PROGRAMA

[illegible]

ESTE DOCUMENTO SERA DE CARÁCTER OBLIGATORIO

FIRMA DEL PROFESOR

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

HUASOS INFANTIL



CAMPESINO INFANTIL



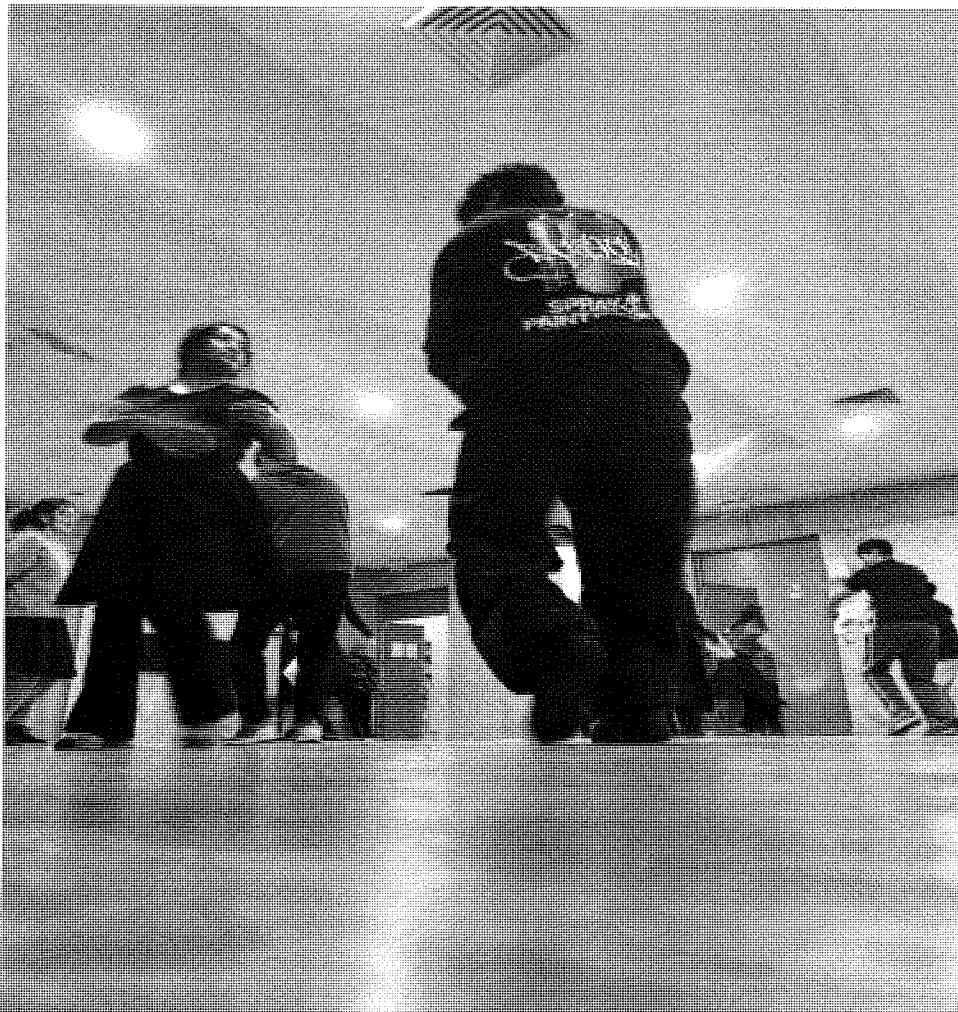
CAMPESINO INFANTIL



CHOCOLATE CAMPESINO JUVENIL



CUECA HUASA JUVENIL



CORRIDO CAMPESINO JUVENIL

