LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	**AGOSTO**

Nombre	**RODRIGUEZ BUNSTER JOSE**		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	**01/05 - 30/11 2025**

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	APRECIACION DE LA OPERA	MAR 11:30-13:30	---	[redacted]	7
T.2	APRECIACION DE LA OPERA	LUN 11:30-13:30	---	[redacted]	8
T.3	APRECIACION DE LA OPERA	VIE 09:00-11:00	---	[redacted]	7
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Durante el mes de Agosto se concluyó la visualización de la ópera Luisa Miller de Verdi. Se realizó la introducción de la ópera Rigoletto de Verdi y su visualización en forma completa y se introdujo y vió la la ópera El Trovador del mismo autor.
T.2	Durante Agosto se concluyó con la visualización de la ópera Luisa Miller de Verdi. Se introdujo y vió la ópera Rigoletto y se introdujo y vió la primera parte de la ópera El Trovador del mismo autor.
T.3	Durante Agosto se realizó una sesión con la introducción al estilo de Bel Canto. Se introdujo la ópera el Barbero de Sevilla de Gioachino Rossini y su visualización en forma íntegra.
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. RODRIGUEZ BUNSTER JOSE, 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. RODRIGUEZ BUNSTER JOSE .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, **AGOSTO** (mes) de 2025 (año)

APRECIACIÓN DE LA OPERA	LUGAR DE EJECUCION
Concim 19	CÍRCULO DE ENCUENTRO LOS DOMINICOS

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JOAQUIN RODRIGUEZ	MARTES 11:30 - 13:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N° / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		FECHA	18/03/2025	25/03/2025	01/04/2025	08/04/2025	15/04/2025	22/04/2025	29/04/2025	06/05/2025	13/05/2025	20/05/2025	27/05/2025	03/06/2025	10/06/2025	17/06/2025	24/06/2025
1	APABLAZA CARVALLO INES		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	BRIGNARDELLO LEIVA ELIA DEL CARMEN		P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
3	CARAM CARAM ANTONIO FEDERICO		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P
4	LOBO VILLARROEL GABRIELA FRANCISCA		A	A													
5	MORALES LARRAIN ANA MARIA		P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
6	PUENTES LACAMARA MIGUEL ENRIQUE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
7	RUIZ SEPULVEDA JESSICA VERONICA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
8	URZUA CARRIZO MARIA ROSA DE LAS ME		P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Mora Palma Monica		/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
N° DE ASISTENTES POR SESION			7	6	7	8	6	5	7	6	7	8	8	6	7	7	7
% DE ASISTENCIA POR SESION																	
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																	

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18/03/2025	ADULTO MAYOR

F. TERMINO	PROGRAMA
25/11/2025	PSL-30

INSCRIPCION MINIMA : ———

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

(Informe Final)

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	ASIST. INDIVIDUAL	
	01/07/2025	08/07/2025	15/07/2025	22/07/2025	29/07/2025	05/08/2025	12/08/2025	19/08/2025	26/08/2025	02/09/2025	09/09/2025	16/09/2025	23/09/2025	30/09/2025	07/10/2025	14/10/2025	21/10/2025	28/10/2025	04/11/2025	11/11/2025	18/11/2025	25/11/2025	N° ASIST.	% ASIST.
1	P	P	J	J	J	P	P																	
2	P	P	J	J	P	P	P	P																
3	P	P	P	P	P	P	P	P																
4																								
5	P	P	P	P	P	P	P	J																
	P	P	P	P	P	P	P	P																
7	P	P	P	P	P	P	J	P																
8	P	P	P	P	P	P	P	P																
9	P	P	P		P	P	P	P																
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								

N 6 5 5 7 5 7

FIRMA PROFESOR

FECHA :

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
APRECIACION DE LA OPERA	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JOAQUÍN RODRÍGUEZ BUNSTER	LUNES 11:30 A 13:30 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		FECHA	07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025	01/09/2025	08/09/2025	15/09/2025	22/09/2025	29/09/2025	06/10/2025	13/10/2025	20/10/2025
1	FIGUEROA BOLTON CECILIA		P	P	J	J	P	P	P									
2	FORES SCHULZE LORETO XIMENA		J	P	P	P	P	P	J									
3	GIL RUIZ JULIA EUGENIA		P	P	P	P	P	P	P									
4	KINDERMANN EISELE SONIA INOCENCIA ELL		P	P	P	P	P	P	P									
5	LOBO SOTOMAYOR PAULINA ALEJANDRA		J	J	J	J	J	J	J									
6	LOBO VILLARROEL GABRIELA FRANCISCA		J	P	J	J	J	J	J	J								
7	MUÑOZ BURGOS JUAN MANUEL FRANCISC		P	P	P	P	P	P	P									
8	MUÑOZ SCHOOFS ANA MARGARITA		P	P	P	P	P	P	P									
9	NEGHME ECHEVERRIA VERONICA IRIS		P	P	P	J	J	J	J									
10	RAZETO KALLOHN CECILIA ROSA ELIZABE		P	P	P	P	P	P	P									
11	SORIA GARCIA NORA ESTER		P	P	P	P	P	P	P									
12																		
13																		
14																		
15																		
16			18-07															
17																		
18																		
19			PROF. ENFERMO / RECUPERACIÓN															
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

N° DE ASISTENTES POR SESION		8	10	8	7	8	8	7									
% DE ASISTENCIA POR SESION																	
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																	

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/2025	ADULTO MAYOR

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2025	PSL-30

INSCRIPCION MINIMA : _____

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

(Informe Final)

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	C.MÉD.	ASIST. INDIVIDUAL	
	27/10/2025	03/11/2025	10/11/2025	17/11/2025	24/11/2025																		N° ASIST.	% ASIST.
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																								

FIRMA PROFESOR

FECHA :

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
CONOCIM 23 - APRECIACIÓN DE LA OPERA	CÍRCULO DE ENCUENTRO EL CANELO

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JOSÉ RODRIGUEZ	VIERNES DE 09:00 A 11:00 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			01-ago	08-ago	22-ago	29-ago	05-sept	12-sept	26-sept	03-oct	10-oct	17-oct	24-oct	07-nov	14-nov	21-nov	28-nov	
1	ENCINA MORIAMEZ MARIA SUSANA		J	J	P													
2	GAYTAN ZAMORA GALVARINO ALBERTO		P	P	J													
3	GIUGLIANO GRANDAL MARIA ANGELA		P	J	P													
4	GUERRA GAETE SAMUEL SIMON		P	P	P													
5	HERRERA NAVARRETE JORGE ANDRES		P	P	/													
6	JORQUERA CARTAGENA NANCY REGINA DEL		J	J	J													
7	KOHAN MARKELEVICH ALBERTO ENRIQUE		P	J	P													
8	MUNCHMEYER FICK ELIANA MARIA		J	P	J													
9	RODRIGUEZ ENCALADA MARIA ANGELICA		P	P	P													
10	ROSS UGARTE LILIAN EDITH		J	P	P													
11	VIAL PEREZ-COTAPOS MARIA SOLEDAD		P	P	J													
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		7	8	6													
	% DE ASISTENCIA POR SESION																	
	% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																	

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

INFORME DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/2025	PERSONAS MAYORES

F. TERMINO	PROGRAMA
31/11/2025	PSL-30

INSCRIPCION MINIMA : _____

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

(Informe Final)

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	ASIST. INDIVIDUAL	
																						N° ASIST.	% ASIST.
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																							

FIRMA PROFESOR

FECHA :

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Taller Dominicos

Taller Rosa Ohiggins

Taller El Canelo