

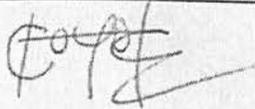
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	RODRIGUEZ JARA ROBERTO ✓		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

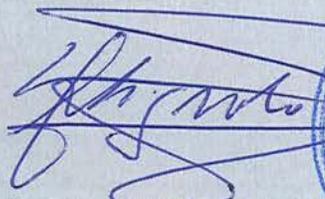
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GUITARRA BASICO	MIE 16:30-18:00	--	[REDACTED]	9
T.2	GUITARRA BASICO	MIE 18:15-19:45	--	[REDACTED]	7
T.3	--	--	--	--	
T.4	--	--	--	--	
T.5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejecución de las melodías y acordes de SWEET DREAMS, HARRY POTTER, EL CHAVO DEL OCHO, MI MUÑECA ME HABLO y MIRA NIÑITA a través de tablaturas disponibles en youtube, proyectadas con el proyector del CCRA. Juegos online musicales disponibles en internet, de entrenamiento auditivo utilizando un parlante con bluetooth.
T.2	Ejecución de las melodías y acordes de PARAMAR, WHATS MAKES YOU BEAUTIFUL, LLUEVE SOBRE LA CIUDAD, TU FALTA DE QUERER y VEN AQUÍ a través de tablaturas disponibles en youtube, proyectadas con el proyector del CCRA. Revisión de REPERTORIO PERSONAL en videos disponibles en youtube de cada alumno, generando instancia para compartir intereses e intercambiar opiniones entre el grupo.
T.3	
T.4	
T.5	

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. RODRIGUEZ JARA ROBERTO, 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 JARA ROBERTO .

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.

TALLER JUVENIL

PLANILLA CONTROL	
NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
GUITARRA BÁSICO	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ROBERTO RODRIGUEZ JARA	MIÉRCOLES 18:15-19:45 HRS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N	S E M A N A																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025	06/08/2025	13/08/2025	20/08/2025	27/08/2025	03/09/2025	10/09/2025	17/09/2025	24/09/2025	01/10/2025	08/10/2025	15/10/2025	22/10/2025	29/10/2025	05/11/2025	12/11/2025
1 BUSTAMANTE CASSIER CLARISSA			P	P		P	P	P	P													
2 CANDIA VASQUEZ MARTIN			P	P	F	P	P	P	P					F								
3 CAREVIC GISHONDI EMILIA (P)					E																	
4 CERDA GALLARDO SOFIA			P	P	R	P	J	P	P					E								
5 GONZALEZ PEREZ CONSTANZA			P	/	I	A	P	P	P					S								
6 GUZMAN FONTECILLA GABRIEL (P)					A									T								
7 HERRERA RODRIGUEZ VICENTE			P	/	D	P	P	/	P					A								
8 SIRA VALERO HISEL			S	/	O	P	J	/	/	P				S								
9 VERGARA PANDOLFO LUIS														P								
10 VILCHES DUARTE BASTIAN (P)														A								
11 LAZARUS FRANCO			P	P		P	J	/	P					T								
12 CASILLES JORDAN			P	P		/	/	/	/					R								
13 MATEO			/	P		P	J	P	P					I								
14 PORTINHA			P	/										A								
15 NATILDA JARA			P	/		J	P	/	P	J				S								
16 JOSE PAOLO			/	/		/	/															
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	
------------------------------------	--

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 PARTICIPE EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

TALLER INFANTIL

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER GUITARRA BÁSICO	LUGAR DE EJECUCION CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR ROBERTO RODRIGUEZ JARA	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER MIÉRCOLES 16.30-18:00 HRS

NOMBRE 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
		02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025	06/08/2025	13/08/2025	20/08/2025	27/08/2025	03/09/2025	10/09/2025	17/09/2025	24/09/2025	01/10/2025	08/10/2025	15/10/2025	22/10/2025	29/10/2025	05/11/2025	12/11/2025
1 BRUIT SEPULVEDA IGNACIO (P)																					
2 BRUIT SEPULVEDA SEBASTIAN (P)				F									F								
3 CAVIODES PRADERAS EDUARDO		J	P	E	P	P	P	P					I								
4 LANDSBERGER VILLANUEVA TAMARA		P	S	R	P	P	J	J	P				E								
5 NUÑEZ TORRES MARTINA		/	/	I	P	/	P	P	P				S								
6 NUÑEZ TORRES SAMANTA		/	/	A	P	/	P	P	P				T								
7 RADISZCZ CORDOVA ELENA		/	/	D	F	P	P	P	P				A								
8 REVAS OLAVE ESTELA		P	S	O	P	P	P	J					S								
9 SERRANO CUSTICHE ZOE		J	P	P	/	J	P	P					P								
10 ZEPEDA STURIONE TOMAS		P	P	P	P	P	P	J					A								
11 PEZERA		P	P	P	P	P	J						T								
12 NATILDA SCHWAB		/	P	P	P	P	P						R								
13 GENESIS PARRA		P	P	P	P	P	P						I								
14 SIMON		P	/	P	P	P	P						A								
15													S								
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "F" (S/LACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPE EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.