

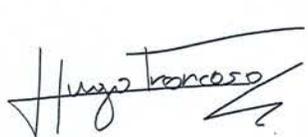
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

<b>Mes</b>	<b>AGOSTO</b>
------------	---------------

Nombre	TRONCOSO LAVIN HUGO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

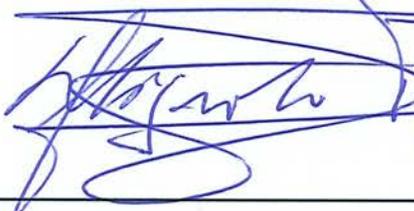
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TAKE MANU-MUSICA	SAB 16:00-18:00	---	██████████	15
T.2	--	--	--	--	
T.3	--	--	--	--	
T.4	--	--	--	--	
T.5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Durante el mes de agosto se realizaron 4 clases de 2 horas cada una, con la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Calentamiento de cuerdas vocales y vocalización.</li> <li>-Práctica de repertorio nuevo y repaso de canciones del repertorio del grupo.</li> <li>-Pedagogía en instrumentos personales de cada integrante.</li> </ul> <p>Detalle en desarrollo por clase:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primera clase: revisión de letra en canción E Pua te Ohe-ohe.</li> <li>2. Segunda clase: estudio de melodías de la canción E Pua te Ohe-ohe.</li> <li>3. Tercera clase: revisión de afinación y corrección en repertorio completo. Se revisaron los 2 primeros temas.</li> <li>4. Cuarta clase: revisión de afinación y corrección en repertorio completo. Se revisaron los temas 3 y 4 del repertorio.</li> </ol>
T.2	

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. TRONCOSO LAVIN HUGO, 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. TRONCOSO LAVIN HUGO .

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 

Las Condes, AGOSTO de 2025  
mes año

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

# PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
**Take Menu Música**

LUGAR DE EJECUCIÓN  
**Centro Comunitario Padre Hurtado**

NOMBRE DEL PROFESOR  
**Hugo Troncoso Lavin**

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
**Sabados 16:00 a 18:00 hrs**

Nº	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			05 - ABR	12 - ABR	19 - ABR	26 - ABR	03 - MAY	10 - MAY	17 - MAY	24 - MAY	31 - MAY	07 - JUN	14 - JUN	21 - JUN	28 - JUN	05 - JUL	12 - JUL	19 - JUL	26 - JUL	02 - AGO	09 - AGO	16 - AGO
1	Maria Jose Alvarez Rodriguez		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
2	Francisca Arenubia Bustamante		P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Gabriel Duarte Melus		P	P	P	P	P	J	P	A	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
4	Constanza Gerin Cubas		P	P	P	J	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	David Ortiz Collao		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Issabel Rivera Gomez		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
7	Diego Rodriguez Sotomayor		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
8	Esteban Rodriguez Sotomayor		P	P	A	J	P	P	A	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Berlyn Sotomayor Castro		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Daniela Troncoso Rojas		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
11	Sergio Tapia Gellendo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	A	P	P	P	P	P	P
12	Agustin Espinoza Ortiz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
13	H° Fernanda Duarte Melus		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P
14	Constanza Bravo Flores		P	P	P	P	J	P	P	A	P	J	P	P	P	P	T	P	P	P	P	P
15	Natalia Smith Velazquez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN      14 14 13 13 14 14 11 12 11 14 13 14 15 14 12 14 15 14 13 15

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.