

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	ITURRIETA CARCAMO LUIS FELIPE		
RUT		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	Entrenamiento vocal y técnicas de canto básicos: Respiración, pronunciación de vocales, resonancia, intensidad de voz, rítmica, interpretación (fraseo y conceptos melódicos según estilo). Repertorio en español que considera baladas, boleros y folclore latinoamericano.
T.2	
T.3	
T.4	
T.5	

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. ITURRIETA CARCAMO LUIS FELIPE, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes JULIO 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 JULIO 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 La Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 

Las Condes,

JULIO

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 RAMIREZ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

VIERNES 17:20 - 19:20

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimata)	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	PAMELA ARENAL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	DAYSE CHAVEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	MERLEDES NÚÑEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	MARY ABRAHAM	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	HEIDI BÜTTINGHAUSEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	CARMEN GAORCE	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

44365510641051056614444

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.

