

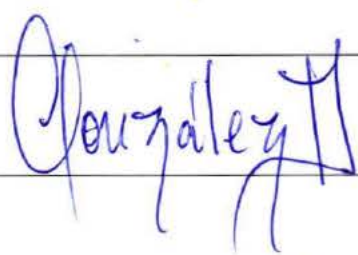
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GONZALEZ PARRA BETEL		
RUT		Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CANTO BASICO	MAR 15:30-17:30	---	LA CAPITANIA 255	8
T.2	CANTO INTERMEDIO	JUE 15:45-17:45	---	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Los alumnos trabajan su técnica vocal en base a lo aprendido. Cada cual busca su voz y registro vocal. Se vocalizan ejercicios de RESPIRACIÓN Y PROYECCIÓN. Se afina el OÍDO MUSICAL con Karaoke. Hacemos ejercicios de EXPRESIÓN CORPORAL Con Títeres.
T.2	Cada alumno trabaja su repertorio individual y trabajamos los 5 pasos para saber cantar: 1) APOYATURA 2) APERTURA 3) RESPIRACIÓN 4) COLOCACIÓN 5) PROYECCIÓN. Vocalizamos grupalmente e individualmente. Afiamos el oído musical con trabajo de notas musicales. //

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

El jefe (S) 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. GONZALEZ PARRA BETEL, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2026, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2026.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2026; 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. GONZALEZ PARRA BETEL .

Nombre Jefe (S) de Departamento	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

