



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	CASTRO DIAZ ELISABETH		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00		5
T. 2	PILATES	MAR 14:30-15:30	VIE 14:30-15:30		11
T. 3	PILATES	MAR 15:45-16:45	VIE 15:45-16:45		12
T. 4	--	--	--	--	
T. 5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizan ejercicios para fortalecer Superior y Brazos, Se utilizan Banderas elásticas 7 mancuernas de 1 K. (Push UP - Remo dorsal)
T.2	Se enseñan ejercicios rot intermedio Coordinación, Pre-torso, - Back stroke. Con Banderas elásticas 7 aro mágico.
T.3	Se trabaja con ejercicios para mejorar coordinación Superior, Sentado en silla, mucho fortalecimiento del core en aro mágico
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. CASTRO DIAZ ELISABETH, 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. CASTRO DIAZ ELISABETH.

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

Las Condes, JULIO de 2025
 mes año



MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION I

ELISABETH CASTRO

MARTES Y VIERNES 14:30 A 15:

[illegible]



A 10:00 HRS

11	12	13	14	15
08-may	1	1	1	1
13-may	1	1	1	1
15-may	1	1	1	1
20-may	1	1	1	1
22-may	1	1	1	1

[illegible]

[illegible]