


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

Mes	OCTUBRE
-----	---------

Nombre	SALAZAR LARA DELIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025



ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE FOLCLORICO	JUE 17:00-19:00	---		8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Actividad de estiramiento y movilidad adaptadas, ejercicios de coordinación motriz , escucha guiada de música tradicional de baile ,aprendizaje de paso básicos adaptados del baile zona norte , centro y sur de chile , enseñanza de pasos de baile tradicionales adaptados según sus capacidades individualmente, en parejas y grupo, repetición y practica en grupo de baile de diferentes zonas del país , organización de pequeña coreografía grupal de baile de cada zona , inclusión de elementos tradicional del baile (pañuelo, cintas , traje típico), reforzamiento positivo y anticipación a la próxima sesión.

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. SALAZAR LARA DELIA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes OCTUBRE 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 OCTUBRE 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. SALAZAR LARA DELIA .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, OCTUBRE de 2025
mes año