

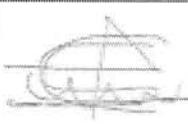
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

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

Nombre	<b>SALINAS CAÑAS ROSARIO</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	DANZA ENERGETICA	MAR 11:10-12:10	JUE 11:10-12:10	[REDACTED]	6
T. 2	DANZA ENERGETICA	MIE 09:00-11:00	---	[REDACTED]	6
T. 3	TERAPIAS DE ENERGIA	VIE 11:15-13:15	---	[REDACTED]	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Danzamos a través del canto propio. Con el movimiento soltamos emociones retenidas, conectamos con diferentes tipos de música para reconocer distintos tipos de estado de ánimo.
T.2	Danzamos a través del canto propio. Con el movimiento soltamos emociones retenidas, conectamos con diferentes tipos de música para reconocer distintos tipos de estado de ánimo.
T.3	Trabajamos canalización, iniciación del primer nivel de terapias de energía y practicamos la terapia de energía a través de los chakras

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. SALINAS CAÑAS ROSARIO, 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. SALINAS CAÑAS ROSARIO .

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

Las Condes, OCTUBRE 2025  
mes de año