

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

	Mes		SEPTIEMBRE			
Nomb	re		SILVA "	TORRES KATY	A	
RUT		Período del Co		del Contrato	01/05 - 3	30/11 2025
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de E	jecución	Asistentes

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	MIE 09:00- 10:00	VIE 09:00- 10:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	9
T.2	PILATES	MAR 12:30- 13:30	JUE 12:30- 13:30	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6
T.3	YOGA BASICO	MAR 10:00- 11:00	JUE 10:00- 11:00	LAS VERBENAS 9191	7
T.4	YOGA INTERMEDIO	LUN 14:30- 15:30	VIE 14:30- 15:30	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	5
T.5	YOGA INTERMEDIO	LUN 13:00- 14:00	VIE 13:00- 14:00	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
1.1	Pilotes suelo: Extrasoje con espectro que ulitizan el peso de su propio cuerpo, y enfocandose en le respiración, condition moción, bundo elasticos moción, bundo elasticos moción, blui des je see con marcuernos, bondo elasticos con ville, el trobojo quede ser en pie o en suelo dandose enforios o le zono del Core, relopión y Stisomianto
	Vilotes: létrosofe dandole aufosis estade especiale de le reprison fluides, condinocm, fuerse au code extraire, adudate importancie en le caordinocm mocim en code Morimients que noce dorde le representation de la formient que noce dorde le representation de la formient que noce dorde le representation de la formient que seule facetina
T.3	con Soludo d'Sal, algum almon trasjon con rillo, los mayors, d'el resto au suelo sai ractio mante, se realizan arondo de sti nami ento, forsinos, esteurious, flerious villa a rand respisarón Maditación Conto fieral.
Τ 4	exisamientes, oqui se trospe en sille je sere olguns estisamientes, oqui se trospe en sille je sere olguns olu nos treven Monstidod reducido. Ou sille se rec- lizar estisamients, forsaus, flexiones, extensiones
T.5	Se hedizon osous pore prepara de hierpo pole rel tedospo de orona C/o sin sille, se redizon osous de equisión Cysin bostin, osovo de pleciones, esteurishes, forsin osous de condinocin, relopocin, meditain y louts final!

Firma prestador de los servicios	The state of the s
----------------------------------	--



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 SEPTIEMBRE 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. SILVA TORRES KATYA.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	DEPARTAMENTO Z GESTION DE DIRECCION DE DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
Las Condes, SEPTIEMBRE mes	