


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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	<b>GALLARDO PIÑA CLAUDIA</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>16/03 - 30/11 2026</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA EN SILLA BASICO	LUN 18:30-19:30	JUE 18:30-19:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	8
T.2	YOGA EN SILLA	LUN 19:30-20:30	JUE 19:30-20:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizan ejercicios de calentamiento y baile suave, continuamos con posturas adaptadas en la silla y de pie, para trabajar balance, equilibrio y fuerza. Se termina con una relajación y meditación.
T.2	Se realizan ejercicios de yoga adaptados a la silla, además de un calentamiento previo con baile y estiramientos, además de ejercicio para trabajar fuerza, balance y equilibrio, complementando con ejercicios de respiración y relajación.

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. GALLARDO PIÑA CLAUDIA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes ABRIL 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 ABRIL 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. GALLARDO PIÑA CLAUDIA .

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

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026  
mes de año

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

