

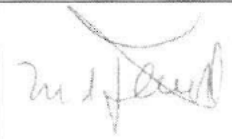
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	CANALES SAEZ MARCELA		
RUT		Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	AEROBOX	MAR 19:45-20:45	JUE 19:45-20:45	FLORENCIO BARRIOS 1685 TORRE 4 PISO -1	8
T.2	AEROBOX	LUN 19:00-20:00	MIE 19:00-20:00	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	6

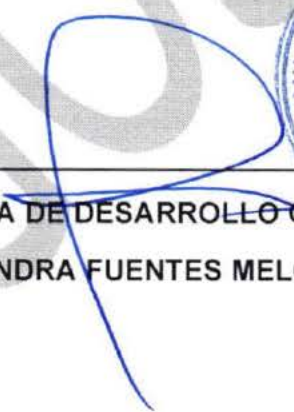
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Estructura de la clase: 5 fases 1.-10 minutos de activación dinámica general: movilidad articular, calentamiento específico, para el trabajo a realizar en la clase. 2.-15 minutos de trabajo de brazos: Golpes a mano abierta al cuello y costillas 3.-15 minutos de trabajo de piernas: Trabajo de piernas con desplazamiento y combinación de sentadillas. Golpe de rodilla y patadas. 4.-15 minutos de ejercicios localizado - ejercicio de movilidad articular de brazos con bastón - ejercicios abdominales con bastón: crunch con brazos extendidos, con piernas extendidas, con toques. 5.- 5 minutos de elongación y relajación con técnica para activación y fortalecimiento de sistema linfático.
T.2	Estructura de la clase: 5 fases 1.-10 minutos de activación dinámica general: movilidad articular, calentamiento específico, para el trabajo a realizar en la clase. 2.-15 minutos de trabajo de brazos: Golpes a mano abierta al cuello y costillas 3.-15 minutos de trabajo de piernas: Trabajo de piernas con desplazamiento y combinación de sentadillas. Golpe de rodilla y patadas. 4.-15 minutos de ejercicios localizado - ejercicio de movilidad articular de brazos con bastón - ejercicios abdominales con bastón: crunch con brazos extendidos, con piernas extendidas, con toques. 5.- 5 minutos de elongación y relajación con técnica para activación y fortalecimiento de sistema linfático.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

El jefe (S) 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. CANALES SAEZ MARCELA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 AGOSTO 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. CANALES SAEZ MARCELA .

Nombre Jefe (S) de Departamento	Lorena Rivera Silva
Firma y timbre Jefe (S) de Departamento	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO