LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**

**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

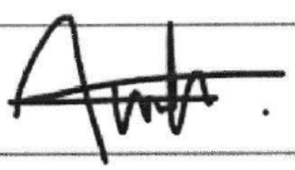
| **Mes** | **AGOSTO** |
|---|---|

| Nombre | **OCHSENIUS OLIVOS ANTONIA** | | |
|---|---|---|---|
| RUT | [redacted] | Período del Contrato | **16/03 - 30/11 2026** |

| ID | Nombre Taller | Horario 1 | Horario 2 | Lugar de Ejecución | Asistentes |
|---|---|---|---|---|---|
| T.1 | YOGA INTERMEDIO | MAR 09:00-10:00 | VIE 09:00-10:00 | VILANOVA 505 | 6 |

| ID | Descripción de Actividades (Ver ID del Taller) |
|---|---|
| T.1 | trabajamos el c.o.r.e con yoga en silla y en piso.<br><br>Trabajamos la respiración cuadrada inhalación retención exhalación y suspensión .<br><br>Técnica de meditación |

AGOSTO

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

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

**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. OCHSENIUS OLIVOS ANTONIA, RUT: [redacted]3, 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. OCHSENIUS OLIVOS ANTONIA .**

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

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

**V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO**

**SANDRA FUENTES MELO**

AGOSTO

Las Condes, **AGOSTO** (mes) de **2026** (año)