

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

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

|        |                            |                      |                    |
|--------|----------------------------|----------------------|--------------------|
| Nombre | PINCETTI GUZMAN ROSA MARIA |                      |                    |
| RUT    | <div></div>                | Período del Contrato | 16/03 - 30/11 2026 |

| ID  | Nombre Taller      | Horario 1       | Horario 2 | Lugar de Ejecución | Asistentes |
|-----|--------------------|-----------------|-----------|--------------------|------------|
| T.1 | SONOTERAPIA BASICO | LUN 12:00-14:00 | ---       | LA RABIDA 5300     | 4          |

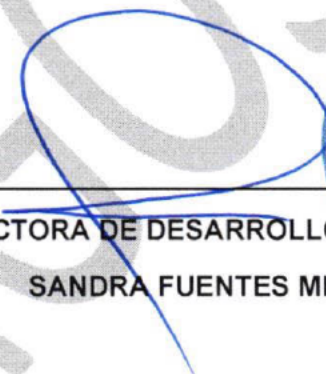
| ID  | Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| T.1 | <p>Objetivos a tratar:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Amar y sonreír a nuestros órganos internos para transformar el estrés en salud creatividad y fuerza</li></ol> <p>Actividades de ejercicios con los sonidos curativos.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Fortalecer el compromiso personal con la propia curación a través de los cantos e intención.</li></ol> <p>Actividades de gestos o mudras con manos y cantos con intención para la curación</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Sanar con los 6 sonidos curativos</li></ol> <p>Actividades: abrazar el miedo y confiar y sonreír al órgano.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Atreverse a expresar la voz auténtica sin censura</li></ol> <p>Actividad: improvisar con música elementos que da coherencia interna</p> |

|                                  |                                                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. PINCETTI GUZMAN ROSA MARIA, 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. PINCETTI GUZMAN ROSA MARIA .

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO