

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

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

Nombre	SALAZAR LARA DELIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

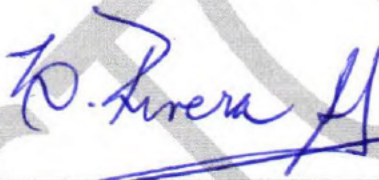
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE FOLCLORICO	JUE 17:00-19:00	---	PAUL HARRIS 1000 CC PADRE HURTADO	9

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Actividad de estiramiento y movilidad adaptadas, ejercicios de coordinación motriz, escucha guiada de música tradicional de baile, aprendizaje de paso básicos adaptados del baile zona del país y bailes zona pascua, ensayo coreografía para presentación de fiestas patrias, enseñanza de pasos de baile tradicionales adaptados según sus capacidades individualmente, en parejas y grupo, repetición y practica en grupo de baile de diferentes zonas del país, organización de pequeña coreografía grupal de baile zambos caporales zona norte, inclusión de elementos tradicional del baile (pañuelo, cintas, traje típico), reforzamiento positivo y anticipación a la próxima sesión

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. SALAZAR LARA DELIA, 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. SALAZAR LARA DELIA .

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


V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año