

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

Mes	Marzo
-----	-------

Nombre	CORTES CAMPOS MARIA FLORENCIA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GIMNASIA KINESICA	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	PUQUIOS 9187	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Durante los talleres de Gimnasia Kinésica nos enfocamos en desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Ejercicios de pie de movilidad de cabeza-cuello y extremidades superiores</li> <li>* Ejercicios de equilibrio estático y dinámico apoyados de pared o silla según habilidades de cada participante</li> <li>* Ejercicios en silla localizados para control de tronco y fuerza de extremidades inferiores</li> <li>* Realizamos cardio sentado en silla</li> <li>* Ejercicios de respiración</li> </ul>

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. CORTES CAMPOS MARIA FLORENCIA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes Marzo 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 Marzo 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. CORTES CAMPOS MARIA FLORENCIA .

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

  
 \_\_\_\_\_  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, Marzo de 2026  
mes año