

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

<b>Mes</b>	<b>Marzo</b>
------------	--------------

Nombre	<b>FARIAS SILVA ALBERTO</b>		
RUT	██████████	Período del Contrato	<b>16/03 - 30/11 2026</b>

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MOVIMIENTO NATURAL	LUN 19:00-20:00	VIE 19:00-20:00	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.2	PILATES	LUN 10:10-11:10	MIE 10:10-11:10	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	3
T.3	MOVIMIENTO NATURAL BASICO	LUN 20:30-21:30	VIE 20:30-21:30	PAUL HARRIS 1000 CC PADRE HURTADO	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Movilidad articular: hombros, tobillos, muñecas, cuello, caderas. Movimientos en cuadrupedia, bipedo, supino, movimientos de locomoción animal
T.2	Fundamentos básicos de pilates: rolling like a ball, spine stretch, single leg forward, Saw hundred; leg side (avanzados)
T.3	Movilidad articular: hombros, tobillos, muñecas, cuello, caderas (avanzados) movimientos de locomoción animal respiración en apnea

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. FARIAS SILVA ALBERTO, 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. FARIAS SILVA ALBERTO .

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



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

