

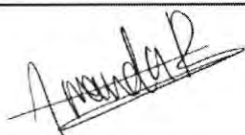
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	RAMIREZ ARRIAGADA AMANDA		
RUT	██████████	Período del Contrato	16/03 - 30/11 2026



ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GIMNASIA DE PREVENCIÓN Y MANTENCIÓN INTE	MAR 12:45-13:45	JUE 12:45-13:45	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	10

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Etapa de adaptación, diagnóstico y reactivación; reincorporación progresiva post pausa de vacaciones, sumado a una evaluación inicial de capacidad física.</p> <p>Sesiones con ejercicios de movilidad global, actividad aeróbica, fuerza global, flexibilidad y actividad dual incluyendo memoria y atención. Utilización de diversos implementos como mancuernas y bandas elásticas. Sesiones compuestas por calentamiento y activación inicial, desarrollo y vuelta a la calma.</p>

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. RAMIREZ ARRIAGADA AMANDA, 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. RAMIREZ ARRIAGADA AMANDA .

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




V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, Marzo de 2026
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



*Asistentes accedieron a participar de la fotografía.