

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

|     |            |
|-----|------------|
| Mes | SEPTIEMBRE |
|-----|------------|

|        |                          |                      |                    |
|--------|--------------------------|----------------------|--------------------|
| Nombre | ESPARZA VELASQUEZ MANUEL |                      |                    |
| RUT    |                          | Período del Contrato | 01/05 - 30/11 2025 |

| ID  | Nombre Taller | Horario 1       | Horario 2 | Lugar de Ejecución | Asistentes |
|-----|---------------|-----------------|-----------|--------------------|------------|
| T.1 | TAEKWONDO     | SAB 10:00-11:00 | ---       |                    | 8          |
| T.2 | TAEKWONDO     | SAB 11:10-12:10 | ---       |                    | 10         |

| ID  | Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)                              |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|
| T.1 | Actividad taekwondo con implementación, técnicas, movimientos y fundamentos |
| T.2 | Actividad taekwondo con implementación, técnicas, movimientos y fundamentos |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 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. ESPARZA VELASQUEZ MANUEL, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes SEPTIEMBRE de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de SEPTIEMBRE de 2025; 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. ESPARZA VELASQUEZ MANUEL .

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

Las Condes, SEPTIEMBRE de 2025  
mes año