

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

Mes	ABRIL
-----	-------

Nombre	FUENTES MUÑOZ YERKO LUIS		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/04 - 30/11 2026

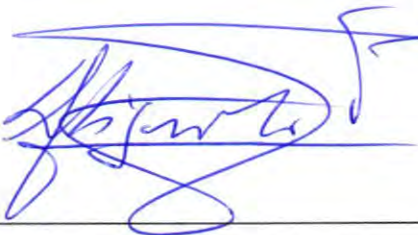

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	VOLEIBOL BASICO	MIE 19:00-20:00	SAB 10:00-11:00	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	10

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Los participantes se conocieron en diversas dinámicas derivadas del voleibol a nivel social, lograron por sobre todo un buen ambiente de respeto y trabajo colaborativo.</p> <p>Asimismo, han comprendido el reglamento básico y técnico del deporte, han logrado incorporar patrones de movimiento propios de la disciplina y clase a clase han rescatado bajo sus mismas opiniones mejoras en diversas áreas.</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. FUENTES MUÑOZ YERKO LUIS, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes ABRIL 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 ABRIL 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. FUENTES MUÑOZ YERKO LUIS .

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. Voleibol Adultos

