

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

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

<b>Nombre</b>	<b>UREN SOLIS MACARENA</b>		
<b>RUT</b>	[REDACTED]	<b>Período del Contrato</b>	<b>16/03 - 30/11 2026</b>

<b>ID</b>	<b>Nombre Taller</b>	<b>Horario 1</b>	<b>Horario 2</b>	<b>Lugar de Ejecución</b>	<b>Asistentes</b>
T.1	TAEKWONDO	SAB 10:00-11:00	---	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	6
T.2	TAEKWONDO	SAB 11:15-12:15	---	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	5

<b>ID</b>	<b>Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)</b>
T.1	Saludo inicial, se habla de la importancia de la autoestima, trabajo de calentamiento, trabajo de pateo circular hacia adentro, vuelta patada y frente saltando, trabajo de pliometría trabajo en equipo formula somgahm 3
T.2	Saludo inicial importancia de la autoestima, trabajo de calentamiento, trabajo de pateo costado y giro costado con circular hacia adentro, trabajo de fórmulas somgahm 3 e inwa 1, trabajo de acondicionamiento en equipo

<b>Firma prestador de los servicios</b>	
---	--

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. UREN SOLIS MACARENA, 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. UREN SOLIS MACARENA .

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



  
V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, ABRIL de 2026  
mes año

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Taller 1, enfocado a niños y niñas ente los 5 a 8 años de edad.

Taller 2, enfocado a niños entre los 9 y 12 años de edad