

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

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	FUENTES MUÑOZ YERKO LUIS		
RUT		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
T.2	BASQUETBOL	MAR 18:00-19:00	SAB 09:00-10:00	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	0

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En esta última etapa, hemos sido capaces de enfrentar nuevos desafíos, tales como ir a otra comuna jugar partidos o tales como obtener un segundo lugar en el cuadrangular de equipos de voleibol de centros comunitarios, se ha visto una evolución técnica y de dinámicas de juegos más fluida, en donde todos los fundamentos motrices y técnicos han sido aplicados en su totalidad.
T.2	Se deja registro de que el taller esta en transición debido a la baja asistencia.

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 **JULIO** 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 **JULIO** 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	 



VB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, **JULIO** de **2026**
mes año