

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

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

Nombre	MARTINEZ POLY CLAUDIO IGNACIO		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	16/03 - 30/11 2026

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TAEKWONDO	MAR 17:50- 18:50	JUE 17:50- 18:50	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p>Se realizan actividades para familiarizar a los participantes con la disciplina deportiva. También se realizan actividades de acondicionamiento físico necesarias para el desarrollo deportivo. Se trabaja mediante juegos y actividades lúdicas para lograr los objetivos planteados.</p> <p>Se desarrollan juegos individuales y grupales. También se ejecutan técnicas de pateo y puño. Se interioriza con los movimientos de bloqueo y golpes en formación.</p> <p>Los juegos consisten en: juegos de persecución, cumplimiento de objetivos, entre otros</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. MARTINEZ POLY CLAUDIO IGNACIO, 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. MARTINEZ POLY CLAUDIO IGNACIO .

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.

