



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

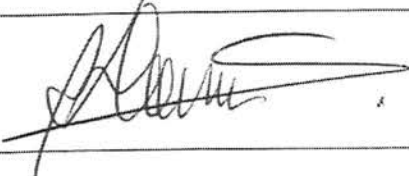
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	KLAASSEN SEGOVIA CESAR		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TANGO BASICO	LUN 19:30-21:30	---	LOS ALMENDROS 478	8
T.2	TANGO BASICO	MIE 19:30-21:30	---	LOS ALMENDROS 478	8
T.3	TANGO BASICO	MAR 20:15-22:15	---	TOLTEN 8115	7
T.4	TANGO INTERMEDIO	VIE 19:00-21:00	---	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	9
T.5	TANGO INTERMEDIO	JUE 18:00-20:00	---	CHESTERTON 7159	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Acorrestre en el 3 de la base, con gancho en el derecho del hombre.
T.2	Correstre en el 3 de la base, con gancho en el derecho del hombre
T.3	Correstre en el 3 de la base, con gancho en el derecho del hombre
T.4	Tiempo musical con los trospie mejorando la comunicación con la pareja
T.5	Tiempo musical con los trospie mejorando la comunicación con la pareja

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. KLAASSEN SEGOVIA CESAR, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 AGOSTO 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. KLAASSEN SEGOVIA CESAR .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

F. INICIO	07/03	DEPARTAMENTO	Proformas y Altos
F. TERMINO	20/11	PROGRAMA	Altos de Proformas

[illegible][illegible][illegible][illegible]

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

FIRMA PROFESOR

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TANCO	TOT TCU OLC
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
CEXAL ALA 5530	MAÑES 20:45 30

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION											
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES											
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES											
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA											

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA :
18/03	Reparación y taller	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	
30/11	T. DE REPARACIÓN Y TALLER	

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER TANGO	LUGAR DE EJECUCION Juan E. MONTANO 5414 P
NOMBRE DEL PROFESOR Cesar NASRONS	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER VIERNES 19:00 A 21:00 HS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					1/3	28/3	11/4	25/4	2/5	9/5	16/5	23/5	29/5	6/6	13/6	27/6	4/7	11/7	17/7	25/7	1/8	8/8	15/8	
1	Miguelina Castillo				J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	F
2	Ruben Guisols				P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	E	
3	Teresa Huerta				J	P	P	J	P	P	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	R
4	Rosa Dupae				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	i
5	Hugo Apurua				P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	Yael ZALASNIK				P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	d
7	Isaac Avayu				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	o
8	MARITTE Guillou				P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	F
9	BRUNO BARRERA																							
10																								r
11																								i
12																								A
13																								d
14																								o
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	
------------------------------------	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>TANFO</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Chesdon 715P</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>CAROL MADDEN</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>VIERNES 19^h 4:15-5:45</i>

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2	20/2
1	Miguel Castillo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Romina P. Malco		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Raul Sotelo		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Maria T. Abazquez I.		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Gaston Escobar		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Rosa Soto		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Juan Soto		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	M. Victoria Casas		J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9	Luis Ale. Vazquez A		J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
10	Maria DUELAS		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Juan C. Corral		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	MARIE GUILLON ROVET		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	MARINA LEON								P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	MARIA JOSE MULLNER								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	RAISA MEDOL												P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16	Sebastian BRAVO												P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.