

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SEGURA PLACENCIA MAURICIO		
RUT		Período del Contrato	01/01 - 31/12 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PLAZAS FUNCIONALES	MAR 19:30 a 20:30	JUE 19:30 a 20:30	PLAZA COMBATE DE LA CONCEPCION	14
T.2	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 15:00 a 16:00	SAB 09:00 a 10:00		21
T.3	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 16:00 a 17:00	SAB 10:00 a 11:00		23
T.4	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 17:00 a 18:00	SAB 11:00 a 12:00		24
T.5	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 18:00 a 19:00	SAB 12:00 a 13:00		24

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Fortalecer musculatura global, flexibilidad, coordinación y postura de los ejercicios.
T.2	conducción, pase, controles, tiro, voleo. (nivel 3).
T.3	conducción, pase, controles, tiro, voleo. (nivel 3).
T.4	conducción, pase, controles, tiro, voleo. (nivel 3).
T.5	conducción, pase, controles, tiro, voleo. (nivel 3).

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	-------------

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

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

Nombre	SEGURA PLACENCIA MAURICIO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/01 - 31/12 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	SAB 08:00 a 09:00	SAB 13:00 a 14:00	██████████	23
T.7	GINNASIA ADULTO MAYOR	MAR 11:00-12:00	JUE 11:00-12:00	██████████	7 ✓
T.8	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 08:30 a 09:30	JUE 08:30 a 09:30	██████████	15 ✓
T.9	PILATES	MIE 12:45-13:45	VIE 10:15-11:15	██████████	7 ✓
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	conducción, pase, controles, tiro, voleo. (nivel 3).
T.7	Fortalecer musculatura con Ejercicios de fuerza y cognitivos.
T.8	Fortalecer musculatura de manera global. Flexibilidad, coordinación y postura del ejercicio.
T.9	Fortalecer y mejorar postura del Entrenamiento llevando a la respiración y fuerza
T.10	

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. SEGURA PLACENCIA MAURICIO, 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. SEGURA PLACENCIA MAURICIO.

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.

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Mauricio Segner A.

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N° SESIONES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			2 Agosto	6 Agosto	9 Agosto	13 Agosto	16 Agosto	20 Agosto														
26	Tomás Urral		P	P	P	P	P	P														
27	Alonso Zetecapulas		P	P	P	P	P	P														
28	María Elena Zepeda		/	/	P	P	/	P														
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						
38																						
39																						
40																						
41																						
42																						
43																						
44																						
45																						
46																						
47																						
48																						
49																						
50																						
51																						
52																						
53																						
54																						
55																						
56																						
57																						
58																						
59																						
60																						
N° DE ASISTENTES POR SESION			23	20	20	20	20	22	1													

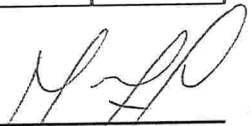
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44		
26																										
27																										
28																										
29																										
30																										
31																										
32																										
33																										
34																										
35																										
36																										
37																										
38																										
39																										
40																										
41																										
42																										
43																										
44																										
45																										
46																										
47																										
48																										
49																										
50																										
51																										
52																										
53																										
54																										
55																										
56																										
57																										
58																										
59																										
60																										


FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Mauricio Segura Placencia.-

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
GESTIÃO DEPORTIVA -

INSCRIPCION MINIMA :
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
WALLERES RECREATIVO Y DESARROLLO 2025

[illegible]

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44		¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											


FIRMA PROFESOR

7.4

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Mauricio Segura Placencia.

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44			
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											


FIRMA PROFESOR

7.1

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Mauricio Segura Ploencia.-

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
Gestión Deportiva.

INSCRIPCION MINIMA :
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

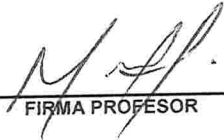
PROGRAMA
talleres RECREATIVO y DESARROLLO 2025

[illegible]

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44		
																									¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										
27																										
28																										
29																										
30																										
31																										
32																										
33																										
34																										
35																										
36																										
37																										
38																										
39																										
40																										
41																										
42																										
43																										
44																										
45																										
46																										
47																										
48																										
49																										
50																										
51																										
52																										
53																										
54																										
55																										
56																										
57																										
58																										
59																										
60																										


FIRMA PROFESOR

-7.6

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Mauricio Segura Placencia.

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO

17/03/25

DEPARTAMENTO

Gestión Deportiva -

F. TERMINO

30/11/25

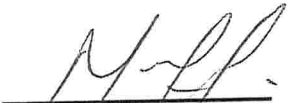
PROGRAMA

TALLERES RECREATIVO y DESARROLLO 2025.

INSCRIPCION MINIMA : _____

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										



FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR

:

Mauricio Segura Placeres -

DEPARTAMENTO :

PROGRAMA

:

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO :

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

GIMNASIA Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR

Mauricio Segura Placencia

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MArtes y Jueves (11:00 a 12:00).

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				01/04	03/04	08/04	14/04	22/04	23/04	24/04	29/04	30/04	13/05	15/05	20/05	22/05	27/05	29/05	03/06	05/06	10/06	12/06	17/06
1	Monica Ribbeck G.			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	P
2	Juan Zuniga M.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Isabel Araya P.			J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Marta Seron M.			P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
5	MARIA INES AEDO K.			J	J	J	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	
6	Luzmila Aluana J.			P	P	P	J	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J
7	ANA MARRON DE NOVEL			/	/	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P
8	Monica Mantake L.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P
9	Mario Bravo A.			/	/	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	5	6	6	8	5	8	8	5	7	7	5	5	6	6	6	6	5	9	8
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

ROL DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS.

[illegible]


FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : Mauricio Segura Placencia. -

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
16-05-2025

DEPARTAMENTO
Gestión DE TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30-11-2025

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)		
	29/07	31/07	05/08	07/08	12/08	14/08	19/08	21/08																				
1	P	P	P	P	P	P	P	P																		NO	NO	
2	P	P	P	P	P	P	P	P																		SI	SI	
3	P	P	P	P	P	P	P	P																		NO	NO	
4	P	/	/	/	/	/	/	/																		NO	NO	
5	P	P	P	P	J	P	P	P																		SI	SI	
6	P	P	P	P	P	J	P	P																		NO	NO	
7	/	/	/	/	/	/	/	/																		NO	NO	
8	P	P	P	P	P	P	J	P																		NO	NO	
9	P	P	P	P	P	P	P	J																		NO	NO	
10	P	P	P	P	P	P	P	P																		SI	SI	
11	P	P	P	P	P	P	P	P																		SI	SI	
12	/	/	/	/	/	/	/	/																		NO	NO	
13	P	J	P	P	J	P	P	P																		NO	NO	
14	P	P	J	P	P	P	J	P																		NO	NO	
15	P	P	P	J	P	J	P	P																		NO	NO	
16	P	P	P	P	P	P	P	J																		NO	NO	
17	P	P	P	P	P	P	P	P																		NO	NO	
18	P	J	P	P	P	P	P	P																		NO	NO	
19	/	/	/	/	/	/	/	/																		NO	NO	
20	P	P	P	J	P	P	P	P																		NO	NO	
21	P	P	J	P	P	J	P	P																		NO	NO	
22																												
23																												
24																												
25																												

18	13	13	13	13	14	15	15																			
----	----	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--


FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR

:

Mauricio Segura Placeres. -

DEPARTAMENTO

:

PROGRAMA

:

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO :

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Pilates.

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR
Mauricio Segura Placencia.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MIÉRCOLES (12:45 A 13:45), VIERNES (10:15 A 11:15).

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA																			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Patricia Lipari T.			P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	
2	M. Angelica Celedon O.			J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Mercedes Ortiz S.			P	P	P	P	J	J	/	J	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	
4	Andrea Del Rio A.			P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	
5	M. ESTHER WEINSTEIN S.			J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	J	J	J	J
6	Rocio Morales A.			P	P	P	/	J	P	J	/	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	
7	Claudia Stuardo S.			J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8	Carolina Diaz de Ruiz.			P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	/	J	P	P	P	P	P	
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	7	7	6	6	7	4	5	6	5	6	6	4	5	8	8	6	6	7	7			
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
16/05/2025

DEPARTAMENTO
Gestión DE talleres

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS.

[illegible]


FIRMA PROFESOR