

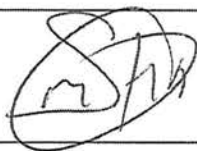
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	BAEZA ALVIAL SIMON		
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 19:00-20:00	JUE 19:00-20:00	PLAZA JUAN PABLO II	14
T.2	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 15:00-16:00	SAB 09:00-10:00	PATRICIA 9130 (ESTADIO PATRICIA)	22
T.3	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 16:00-17:00	SAB 10:00-11:00	PATRICIA 9130 (ESTADIO PATRICIA)	17
T.4	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 17:00-18:00	SAB 11:00-12:00	PATRICIA 9130 (ESTADIO PATRICIA)	22
T.5	ENCARGADO ESCUELA DE FUTBOL	MIE 18:00-19:00	SAB 12:00-13:00	PATRICIA 9130 (ESTADIO PATRICIA)	21

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejercicios en base inestable o con apoyo unipodal Control motor
T.2	Conducción: esquivar, amague y cubrir el balón
T.3	Pase: Pase medio altura y pase alto
T.4	Controles: Control orientado
T.5	Tiro: Tiro en conducción, volea y cabeceo

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

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

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

Nombre	BAEZA ALVIAL SIMON		
RUT	[REDACTED]	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 08:00-09:00	SAB 13:00-14:00	PATRICIA 9130 (ESTADIO PATRICIA)	21
T.7	FUTBOL FEMENINO	MIE 19:30-21:30	---	PATRICIA 9130 (ESTADIO PATRICIA)	14
T.8	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 10:20-11:20	JUE 10:20-11:20	DRA. ELOISA DIAZ 6471	7
T.9	GIMNASIA ADULTO MAYOR	MAR 09:10-10:10	JUE 09:10-10:10	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T.10	GIMNASIA ADULTO MAYOR	LUN 11:30-12:30	MIE 11:30-12:30	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Trabajo técnico Despejar a la orilla y salir jugando
T.7	Transiciones de ataque-defensa y Defensa ataque Transiciones con balón zapping y superación de defensa
T.8	Mejorar equilibrio y control en movimiento Estimular la propiocepción y el equilibrio dinámico
T.9	Mejorar equilibrio y control en movimiento Estimular la propiocepción y el equilibrio dinámico
T.10	Mejorar equilibrio y control en movimiento Estimular la propiocepción y el equilibrio

Firma prestador de los servicios	
---	--

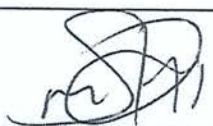
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	BAEZA ALVIAL SIMON		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/01 - 31/12 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	GINNASIA ADULTO MAYOR	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15	PLATAFORMA EDUCACIONAL	9
T.12	GINNASIA ADULTO MAYOR	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	12
T.13	JUEGO PARA EL ADULTO MAYOR	MAR 11:30-13:30	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	7
T.14	JUEGO PARA EL ADULTO MAYOR	VIE 11:00-13:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T.15	JUEGO PARA EL ADULTO MAYOR	JUE 11:30-13:30	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Mejorar equilibrio y control en movimiento estmular la propiocepción y el equilibrio Dinámico
T.12	Mejorar equilibrio y control en movimiento Estmular la propiocepción y el equilibrio Dinámico
T.13	Fomentar la creatividad y la expresión corporal. Juegos teatrales simples.
T.14	Fomentar la creatividad y la expresión corporal Juegos teatrales simples
T.15	Fomentar la creatividad y la expresión corporal Juegos Teatrales simples

Firma prestador de los servicios	
---	--

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

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

Nombre	BAEZA ALVIAL SIMON		
RUT		Período del Contrato	01/01 - 31/12 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.16	PILATES	MAR 16:25-17:25	JUE 16:25-17:25	DRA. ELOISA DIAZ 6471	5
T.17	---	---	---	---	
T.18	---	---	---	---	
T.19	---	---	---	---	
T.20	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.16	Fuerza General: Progresar en ejercicios de tren superior e inferior con control respiratorio
T.17	
T.18	
T.19	
T.20	

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. BAEZA ALVIAL SIMON, 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. BAEZA ALVIAL SIMON.

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.

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
Futbol mixto 9-10

LUGAR DE EJECUCION
ESTADIO PATRICIA

NOMBRE DEL PROFESOR
Simon Basilio

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles 16:00 a 17:30 y Sabado 11:00 a 12:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		02	04	09	13	16	20														
1. Abila Estan		P	J	J	J	P	P														
2. Astudillo Mateo		P	P	P	P	P	J														
3. Carriles Simon		J	P	P	P	P	P														
4. Castillo Marcos		P	J	J	J	P	P														
5. Castillo Octavio		J	P	P	P	P	P														
6. Contreras Marino		P	P	P	P	P	P														
7. Coral Jose		P	P	J	J	P	P														
8. Diez Simon		P	P	P	P	P	P														
9. Flores Amaro		J	P	P	P	P	P														
10. Garcia Simon		P	P	P	P	P	P														
11. Gonzalez Adrian		P	P	J	J	J	P														
12. Harris Alonso		P	P	P	P	P	P														
13. Krawczyk Jose		P	P	P	P	P	P														
14. Larsen Benjamin		J	P	P	P	P	P														
15. Llanos Manuel		P	P	P	P	P	P														
16. Melendez Anolfo		P	P	P	P	P	P														
17. Molina Carlos		P	P	P	P	P	P														
18. Oatis Thomas		P	P	P	P	P	P														
19. Paredes Martin		P	P	P	P	P	P														
20. Quizon Francisco		P	P	J	J	J	P														
21. Ramos Matteo		P	P	P	P	P	P														
22. Reyes Gabriel		P	P	P	P	J	J														
23. Samson Alisson		P	P	P	P	P	P														
24. Sepulveda Sebastian		P	P	P	P	P	P														
25. Silva Thais		P	P	P	P	P	P														
N° DE ASISTENTES POR SESION		21	23	23	23	22	23														

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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
	Deportes
F. TERMINO	PROGRAMA
	Deporte y Recreación

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del minimo 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

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
Futbol Mudo 13-14

LUGAR DE EJECUCION
ESTADIO PATRICIA

NOMBRE DEL PROFESOR
Simon Baeza

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles 17:30 a 19:00 Sabado 9:00 a 11:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		02 AGOSTO	03 AGOSTO	04 AGOSTO	05 AGOSTO	06 AGOSTO	07 AGOSTO														
1 Aguilar Felipe		P	P	P	P	J	P														
2 Araya Fuente		P	P	P	P	P	P														
3 Baca Christopher		P	P	P	P	J	P														
4 Bonvallet Maria		P	P	P	P	P	P														
5 Bonvallet Infanta		P	P	P	J	P	P														
6 Bravo Nathan		P	P	P	P	P	P														
7 Bustamante Raulo		J	P	P	P	J	P														
8 Concha Matias		P	P	P	P	P	P														
9 Cornejo Benjamin		P	P	P	P	P	P														
10 Donoso Lucas		P	P	P	J	P	P														
11 Estebill Ignacio		P	P	P	P	P	P														
12 Fernandez Arturo		P	P	P	P	J	P														
13 Flores Vicente		P	P	P	P	P	P														
14 Gutierrez Benjamin		P	P	P	J	P	P														
15 Klein Amelie		P	P	P	P	J	P														
16 Muñoz Eduardo		P	P	P	P	P	P														
17 Onofre AME		J	P	P	P	P	P														
18 Pinto Agustín		P	J	P	P	P	P														
19 Pinto Cristobal		J	P	P	P	P	P														
20 Sanchez Cristobal		P	P	P	P	P	P														
21 Sauter ALFONSO		P	J	P	P	P	P														
22 Tormosy Murtaza		J	P	P	P	P	P														
23 Zapata Amalia		P	P	P	P	P	P														
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION	19	21	23	20	18	23															
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

F. INICIO

DEPARTAMENTO

Deporte

F. TERMINO

PROGRAMA

Deportes y Recreación

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

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
Futbol Mixto 5-6

LUGAR DE EJECUCION
ESTADIO PATRICIA

NOMBRE DEL PROFESOR
Simon Borrero

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles 16:00 a 17:30 Sabado 11:00 a 13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		02/06/2008	06/06/2008	09/06/2008	13/06/2008	16/06/2008	20/06/2008														
1 Barrera Salvador	P	P	P	P	P	P	P														
2 Bonvallet Evaristo	P	P	P	P	P	P	P														
3 Campos Leon	P	P	P	P	P	P	P														
4 De Paoli Luca	P	P	P	P	P	P	P														
5 Diaz Martin	P	P	P	P	P	P	P														
6 Gonzalez Mianara	P	P	P	P	P	P	P														
7 Gonzalez Sebastian	P	P	P	P	P	P	P														
8 Lyon Maximiliano	P	P	P	P	P	P	P														
9 Pefura Jorge	P	P	P	P	P	P	P														
10 Perez Falcones	P	P	P	P	P	P	P														
11 Pinto Matias	P	P	P	P	P	P	P														
12 Restrepo Salvador	P	P	P	P	P	P	P														
13 Reyes Colbert	P	P	P	P	P	P	P														
14 Rojas Jose	P	J	J	P	J	P															
15 Rojas Tomas	P	P	P	P	P	P	P														
16 Rosero Joaquin	P	J	J	P	P	P															
17 Soho Jose	P	P	P	P	P	P	P														
18 Vera Emilio	P	P	J	P	P	P	P														
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION
17 16 15 12 13 18

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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

Deportes

F. TERMINO

PROGRAMA

Deporte y Recreación

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

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
Futbol Mixto 7-8

LUGAR DE EJECUCION
ESTADIO PATRICIA

NOMBRE DEL PROFESOR
Simon Barcia

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles 16:00 a 17:30 y Sabado 11:00 a 13:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Alvarez Vicente	02/06/20	P	J	P	P	P															
2	Alvarez Rodrigo	02/06/20	P	P	P	P	P															
3	Arancibia Mariano	02/06/20	P	P	P	P	J	P														
4	Arriagada Luciano	02/06/20	J	P	P	P	P	P														
5	Balboa Fernando	02/06/20	P	P	P	P	J	P														
6	Barraltona Andres	02/06/20	P	P	J	P	P	P														
7	Barraltona Lucas	02/06/20	P	P	P	P	J	P														
8	Bonvallet Adrian	02/06/20	J	P	P	P	P	P														
9	Bonvallet Lorenzo	02/06/20	P	P	P	J	P	P														
10	Braun Bruno	02/06/20	P	P	J	P	P	P														
11	Celis Mateo	02/06/20	J	P	P	P	P	P														
12	Ceros Renato	02/06/20	P	P	P	P	P	P														
13	Cifuentes Salvador	02/06/20	P	P	P	P	J	P														
14	Concha Jaime	02/06/20	P	P	P	P	P	P														
15	Cornejo Bastian	02/06/20	P	P	P	P	P	P														
16	Diaz Rafael	02/06/20	P	P	P	P	P	J														
17	Givero Santiago	02/06/20	P	P	P	P	P	P														
18	Hinojosa Diego	02/06/20	P	P	P	J	P	P														
19	Leiva Santiago	02/06/20	P	P	P	P	P	J														
20	Moreno Alvin	02/06/20	P	P	P	P	P	P														
21	Perez Enzo	02/06/20	P	P	P	J	P	P														
22	Perez Gaspar	02/06/20	P	P	P	P	P	J														
23	Sanchez Maximiliano	02/06/20	P	P	P	P	P	P														
24	Valderrama Elin	02/06/20	P	P	P	J	P	P														
25	Vidal Fernando	02/06/20	J	P	P	P	P	P														
N° DE ASISTENTES POR SESION			22	24	23	21	21	21														

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

F. INICIO

DEPARTAMENTO

Deportes

F. TERMINO

PROGRAMA

Deporte y Recreación

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

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER
Fútbol Mixto 11-12

LUGAR DE EJECUCION
Estadio Patricia

NOMBRE DEL PROFESOR
Simón Baster

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 17.30 a 19.00 y Sabados 9.00 a 13.00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			02	04	07	13	14	20														
1 Araya Luis			P	P	P	P	P															
2 AYO Maximiliano			J	J	P	P	P															
3 Ayala Mario			P	J	P	P	P															
4 Blanco Fabian			P	J	P	P	P															
5 Carrallo Diego			P	P	P	P	P															
6 Castillo Laura			P	P	P	P	P															
7 Castillo Roman			P	P	P	P	P															
8 Castro Adrian			P	J	P	P	P															
9 Castillo Ruben			P	P	P	P	P															
10 Coral Jose			P	P	P	P	P															
11 De Pedro Clemente			P	J	P	P	P															
12 De Pedro Domingo			P	P	P	P	P															
13 Del Pozo Fabiano			P	P	P	P	P															
14 Fernandez Pabura			J	P	P	P	P															
15 Galvez Marco			P	P	J	P	P															
16 Garabito Benjamin			P	P	P	P	P															
17 Neco Adrian			J	J	P	P	P															
18 Leon Mariano			P	P	P	J	P															
19 Meier Deana			P	P	P	P	P															
20 Neco Maria			J	P	P	P	P															
21 Olmos Luis			P	P	P	P	P															
22 Perez Matias			P	P	P	P	P															
23 Reyes Brander			P	P	P	P	P															
24 Slaya Leon			J	P	P	P	P															
25 Valenzuela Juan			P	P	P	P	P															

N° DE ASISTENTES POR SESION	02	04	07	13	14	20																
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

F. INICIO

DEPARTAMENTO
Deportes

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

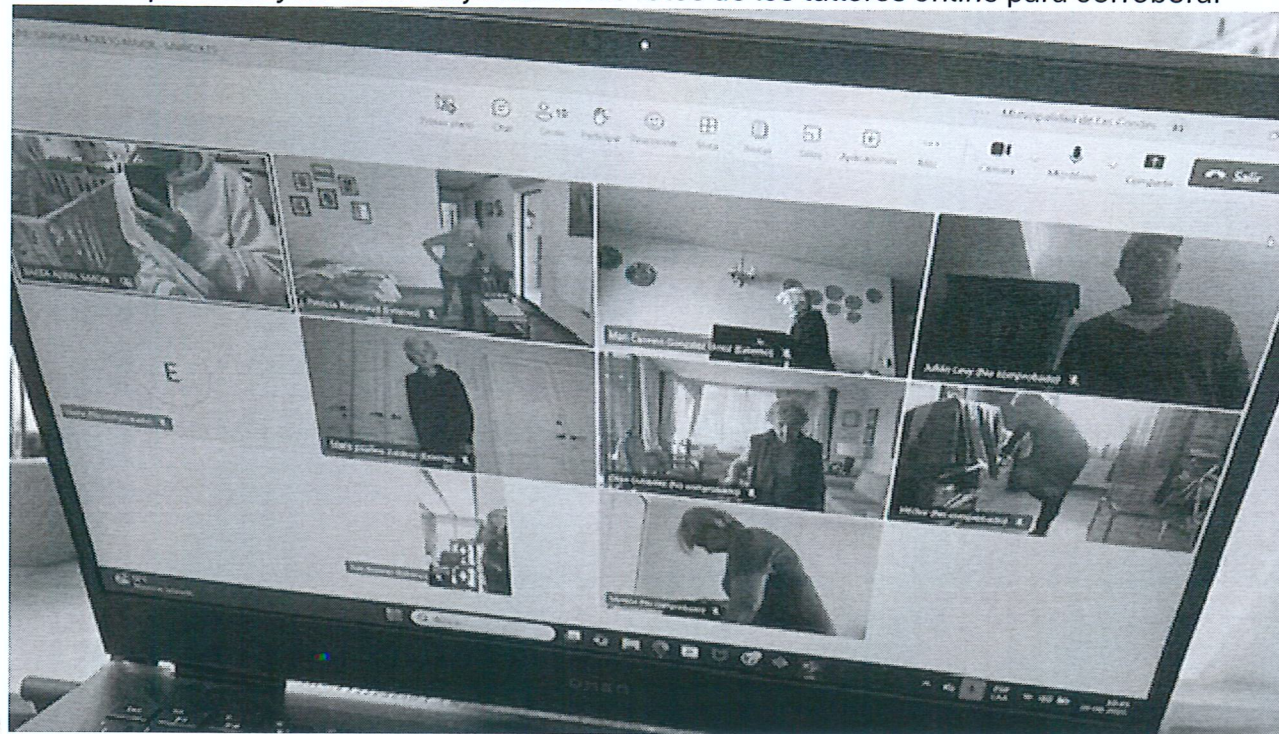
F. TERMINO

PROGRAMA
Deporte y recreación

	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

Estuve revisando lo que envié y no se me adjuntaron las fotos de los talleres online para corroborar



asistencia



Además aprovechó de sumar fotos de clases presenciales como registro







T. 8

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

#20 Gimnasia Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCIÓN

JUV Bilbo Alto

NOMBRE DEL PROFESOR

Simón Baeza Alvar

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Martes y Jueves 10:30 a 11:20

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	18 M A R Z O	20 M A R Z O	25 M A R Z O	27 M A R Z O	01 A B R I L	03 A B R I L	08 A B R I L	10 A B R I L	15 A B R I L	17 A B R I L	22 A B R I L	24 A B R I L	27 A B R I L	31 M A Y O	05 M A Y O	07 M A Y O	12 M A Y O	14 M A Y O	19 M A Y O	23 M A Y O
1 Abraham Leyla			J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P
2 Balbonin Paz			J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
3 Benard Marist			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
4 Delgado Marcela			P	J	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	P
5 Gilabert Teresa			J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P
6 Ibañez Victoria			J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P
7 Madrid Marina			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Toro Ingrid			P	J	J	J	J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P
9 Villate Ana María			P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Von der Marwitz Claudia			P	J	P	P	J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P
11 Zuleta Cecilia			P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	7	7	7	9	9	8	9	7	5	8	7	8	8	10	9	10	9	6	8	10
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	----	---	---	---	----

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

7 7 7 9 9 8 9 7 5 8 7 8 8 10 9 10 9 6 8 10

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.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER

Gimnasio Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCION

JJ UU Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR

Simon Baeza Alvar

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes y Jueves 9:10 a 10:10

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
			18 MAR 20	20 MAR 20	25 MAR 20	27 MAR 20	01 ABR 20	03 ABR 20	04 ABR 20	10 ABR 20	15 ABR 20	17 ABR 20	22 ABR 20	24 ABR 20	29 ABR 20	13 MAY 20	15 MAY 20	20 MAY 20	22 MAY 20	27 MAY 20	29 MAY 20	03 JUN 20
1 Aguilera Oneta			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Arata Isabel			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Astorga Sergio			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Castro Maria			A	A	A	A	A	A	A	A												
5 Dominguez Sara			A	A	A																	
6 Garau Eduardo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Garcia Alvaro			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Herrera Adrian			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9 Ramirez Guillermo			J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Vasquez Patricia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 Motta Juan Pedro						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION

5 6 7 7 6 6 8 8 7 8 8 8 5 7 8 7 5 6 6 5

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.

T 10

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
#03 - Gimnasia de Alto Impacto

LUGAR DE EJECUCION
JJVV Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR
Simón Baeza Alvar

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes y Miércoles 11:30 a 12:30

	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
					17	17	24	26	31	02	07	07	14	16	21	23	28	30	12	14	19	25	02	04
1	Allez Aziz				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	De la cerda Maria Bernad				A	A	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	
3	Gonzalez Tamara				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Mateyuna Yolanda				A	A	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P
5	Ossorio Luis				P	P	J	P	P	J	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P
6	Parada Aurora				P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P
7	Turchan Julia				P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	P	P
8	Lucia Sierrate																P	J	J	P	P	P	P	P
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	5	6	6	7	5	2	4	5	4	3	5	6	4	6	6	7	7	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

DEPARTAMENTO
Deportes

PROGRAMA
Deporte y Recreación

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

[illegible][illegible]

	7	3	0	9	0	5	4	6	6	8	4	5	5	6	6	9	5	7	6					
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--


FIRMA PROFESOR

T. 13

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
#21 Juego adulto Mayor	JJ UU Bilbao Alto
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Simón Bazo Aluñi	Maite De 11:30 a 13:30

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
				18	25	01	08	15	22	29	13	20	27	03	10	17	24	01	08	15	22	29	05
				Mar	Mar	Abr	Abr	Abr	Abr	Abr	May	May	May	Jun	Jun	Jun	Jun	Jul	Jul	Jul	Jul	Agos	Agos
1 Benaid Marhot				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Delanno Marcela				J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	J	P	P	P	J	J	J	J
3 Galleho Solenn				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Toro inarri				J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Valenzuela Luz Maria				J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P
6 Vasquez Monica				P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Villate Ana Maria				P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	J	J
8 Von der Marwitz Claudia				P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	5	6	7	6	7	7	7	7	8	6	6	5	5	8	6	7	6
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.

T 14

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
22 Jue no Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCION
JUVU Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR
Simón Bazo Alai

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes De 11:00 a 12:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				21 MARZO	28 MARZO	4 ABRIL	11 ABRIL	18 ABRIL	25 ABRIL	2 MAYO	9 MAYO	16 MAYO	23 MAYO	30 MAYO	6 JUNIO	13 JUNIO	20 JUNIO	27 JUNIO	4 JULIO	11 JULIO	18 JULIO	25 JULIO	1 AGO
1	ABOUL Leonel		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P		
2	DIAZ Nancy		P	P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P			
3	Gonzalez Tamara		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
4	Jullerat Raimundo		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P				
5	Leiva Teresita		J	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	P	P			
6	Parada Aurora		P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P				
7	Torchan Julia		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	Vilagran Ruben		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	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 SESION	7	8	6	7	5	6	6	7	7	6	6	8	6	7	5	7							
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

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

DEPARTAMENTO
Deportes

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

PROGRAMA
Deporte y Recreación

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

T. 15

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
#23 Juero Aguillo Mayor	JUVV Bilbao Alto
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Simón Baern Aluini	Jueves de 11:30 a 13:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023
1 Afuilera Orieta				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Balbonin Paz				J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Gutmann Renate				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Ibañez Victoria				P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Latournerie M. Mercedes				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Manríg Marina				P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Paper Sonja				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Sanhbañel G. Ion				P	J	P	J	P	J	J	P	P	J	P	P	J	P	P	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 SESION	7	5	7	6	7	6	5	4	8	5	5	7	6	6	7	8	7	7	7	7	7	7	7
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.

ROL DE ASISTENCIA

F. TERMINO

PROGRAMA
Depoite y Negocios

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

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

T. 16

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Pilates	JJVV Bilbao Alto
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Simon Baeza Alvin	Marles y Jueves 16:25 a 17:25

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
			20 MAYO	21 MAYO	22 MAYO	23 MAYO	24 MAYO	25 JUNIO	26 JUNIO	27 JUNIO	28 JUNIO	29 JUNIO	30 JUNIO	01 JULIO	02 JULIO	03 JULIO	04 JULIO	05 JULIO	06 JULIO	07 JULIO	08 JULIO	09 JULIO
1 MEDINA ANAMARIA	→																					
2 Soto Aurora	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 ABUMOTON MYRIAM					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Campos Nancy				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Barcelo NELLY/ Paty	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Veneras Cecilia					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Zuñiga ELIZABETH	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8 Avila Arturo Germano	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 AZOCAR MARIA ANGELES	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Villarroel Patricia					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION	4	5	6	5	6	7	7	5	8	7	7	6	4	6	7	4	4	3	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

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

PROGRAMA
Deposito y Recursión

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR