

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

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

Nombre	BRAVO MORALES MARCELO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	COMPUTACION BASICO	JUE 11:10-13:10	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T.2	COMPUTACION BASICO	LUN 15:05-17:05	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	7
T.3	COMPUTACION BASICO	MIE 15:05-17:05	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	5
T.4	COMPUTACION BASICO	VIE 11:30-13:30	---	COLICHEO 1985	5
T.5	PODCAST PARA ADULTO MAYOR	JUE 09:00-11:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Durante las sesiones, se llevaron a cabo actividades teóricas y prácticas enfocadas en la comprensión de la nube. Como lo es Google Fotos, y Google Drive. se trabajó en su funcionalidad y utilidad.
T.2	Durante las sesiones, se llevaron a cabo actividades teóricas y prácticas enfocadas en la comprensión de Google documento se trabajó en su funcionalidad y la creación de documentos acorde a la utilidad del adulto mayor.
T.3	Durante las sesiones, se llevaron a cabo actividades teóricas y prácticas enfocadas en la comprensión de la nube. Como lo es Google Fotos, y video conferencia Google Meet, se trabajó en su funcionalidad y utilidad.
T.4	Durante las sesiones, se llevaron a cabo actividades teóricas y prácticas enfocadas en la comprensión de Google documento se trabajó en su funcionalidad y la creación de documentos acorde a la utilidad del adulto mayor
T.5	Durante las sesiones del podcast se conversaron temas como (después de la muerte, existe otra vida, sucesos paranormales, robot y la tecnología en servicios básicos) Nos pueden seguir en TIKTOK como @podcastyasemeolvido

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

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	BRAVO MORALES MARCELO		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	USO DE CELULARES BASICO	MAR 11:10-13:10	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T.7	USO DE CELULARES BASICO	MAR 09:00-11:00	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	6
T.8	MANEJO OFFICE BASICO	MAR 15:00-17:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Durante las sesiones, se llevaron a cabo actividades teóricas y prácticas enfocadas en la comprensión de uso de I.A como lo es Meta y ChatGPT, sus usos y funciones
T.7	Durante las sesiones, se llevaron a cabo actividades teóricas y prácticas enfocadas en la comprensión de uso de I.A como lo es Meta y ChatGPT, sus usos y funciones
T.8	Durante las sesiones, se llevaron a cabo actividades teóricas y prácticas enfocadas en la comprensión de uso de Word pestañas diseño, formato, revisar y vista. Y dando comienzo del uso de Excel.
T.9	
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. BRAVO MORALES MARCELO, 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. BRAVO MORALES MARCELO.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

T1

PLANILLA CONTROL																					
NOMBRE DEL TALLER										LUGAR DE EJECUCION											
COMUNICACION BARCA																					
NOMBRE DEL PROFESOR										DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER											
TRACER BRAVO										JUEVES 11.00 A 13.10											
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
1. AGALIO GONZALEZ			20/03	21/03	22/03	23/03	24/03	25/03	26/03	27/03	28/03	29/03	30/03	31/03	01/04	02/04	03/04	04/04	05/04	06/04	07/04
2. N. FERRER LATHAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. N. ANGELICA AZOCAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. GERARDO AVILA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. LUISA GUAMAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. CECILIA TUNOZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. FRANCISCA CASTILLO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. PATRICIA VILLANUEVA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

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

FIRMA PROFESOR

T2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER CORTESÍAS BÁSICAS	LUGAR DE EJECUCIÓN
NOMBRE DEL PROFESOR MANUEL BARRO	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER LUNES 15:05 A 17:05

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 YILDA TUDICA ESCALONA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 MARIA ELENA DIAZ FLORES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 MARIA REINEGA AREVALO RIVERA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 JUAN SOLIS BARRO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 JOSE MIGUEL HERNANDEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 LAYLA GUERRERO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ZULY FREITES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 MARIA VICTORIA SILVA			P	P	P	P	P	P	P	P	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 SESIÓN																						
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

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

FIRMA PROFESOR

T3

PLANILLA CONTROL																					
NOMBRE DEL TALLER TALLER DE COMPUTACIÓN										LUGAR DE EJECUCION ELISA DIAZ CAY RILBAO ALTO.											
NOMBRE DEL PROFESOR PAOLO BRAVO										DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER VIERNES 15:00 A 17:00											
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESION	N	FECHA																		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. MIRIAM UATUBIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. HILDE VAXONCELLO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. LILA AGUILERA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. ANA MARIA DELA PUENTE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. ALICIA MARGARITA REYES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. TERESA OLIVIA OVALLE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. DIANA AGUILERA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. CAROLINA TUBOS																					
9. XIMENA ROSO																					
10. CAROLINA MARTINEZ																					
11. GUSTAVO LASACA																					
12. EXAR BENAVIDES																					
13.																					
14.																					
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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿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

T4

PLANILLA CONTROL																					
NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCION																			
Computacion Basico		Junta de Vecinos Billoao-Duques																			
NOMBRE DEL PROFESOR		DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER																			
Marcelo Bravo		Viernes 11.30 - a 13.30.																			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 MIRIAM ANAYA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 JORGE MUÑOZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 LAURA GUERRA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 JACQUELINE VIGELA		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5 YURIZA MUÑOZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 SANDRA CRISTINO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 PATRICIA TOCALJUE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 ALA VASQUEZ		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 FRANCISCO BUSTOS		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10 ANTONIO PATA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 NIREYA ADELLO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12 ROSA ABELLO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13																					
14																					
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.

T5

PLANILLA CONTROL																					
NOMBRE DEL TALLER PODCAST										LUGAR DE EJECUCION											
NOMBRE DEL PROFESOR TIARCELO BRAVO										DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER JUEVES 04:00 A 11:00											
N	FECHA	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	20/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	23/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	03/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	09/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	24/04	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	08/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	15/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	22/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	29/05	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	05/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	12/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	19/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	26/06	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	03/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	10/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16	17/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17	24/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18	31/07	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19	07/08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20	14/08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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

F. INICIO

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA :

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

F. TERMINO

PROGRAMA

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

FIRMA PROFESOR

T6

PLANILLA CONTROL																										
NOMBRE DEL TALLER USO CELULAR												LUGAR DE EJECUCION														
NOMBRE DEL PROFESOR MARCELO BRAVO												DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER DATE 11:10 A 13:10														
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S	E	S	I	O	N	FECHA																			
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 LAURA GUERRERO							12/03	13/03	14/03	15/03	16/03	17/03	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03	23/03	24/03	25/03	26/03	27/03	28/03	29/03		
2 TORGE SCHWARTZ							P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3 ELENA BOITON							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4 LUCIA ZUNZUNEGUI							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5 MARIA DOLORES CAJEDAS							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6 NANCY DIAZ							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7 ELBA TENEZITA URBINA							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8 AUA MARIA CADELO							P	P	P	P	P	P	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																										

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "I" (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.

T7

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER USO Celular	LUGAR DE EJECUCIÓN
---	---------------------------

NOMBRE DEL PROFESOR MARCELO ZAVO.	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER MARTES 9:00 A 11:00
---	--

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	18/03	22/03	01/04	08/04	15/04	22/04	29/04	06/05	13/05	20/05	27/05	03/06	10/06	17/06	24/06	01/07	08/07	15/07	22/07	29/07
1 ALEJANDRA TORBERG		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 DAMA ISABEL NEWMAN		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 YILDA TRONICA ESCALONA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 WOLFF VON ARNSWALDT		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 PATRICIA ONOSTEGUI		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 DAMA EUGENIA PACHECO		P	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7 CECILIA MUÑOZ		/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 ANITA SILVA DOMOSO		/	/	/	/	/	/	/	P	/	P	/	P	J	J	J	/	J	J	/	/	/
9 ANITA ZALO																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN																							
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :

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

F. TÉRMINO

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	P	P																		
2	P	P																		
3	P	P																		
4	P	P																		
5	P	P																		
6																				
7	P	P																		
8	J	J																		
9	P																			
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO
MAYOR?

(SI / NO)

PRESENTA
CERTIF.
MÉDICO

(SI / NO)

FIRMA PROFESOR

T8

PLANILLA CONTROL																						
NOMBRE DEL TALLER <u>OFFICE DANCE</u>					LUGAR DE EJECUCION																	
NOMBRE DEL PROFESOR <u>MARCELO BARRERA</u>					DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <u>VIERNES 15:00 A 17:00</u>																	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESION	N	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <u>DARUKA TELLEZ V.</u>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2. <u>ALEJANDRA ROSCH</u>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3. <u>SIRENA QUEZADA</u>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4. <u>TRONICA CASTRO</u>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5. <u>JOSE ALVAREZ</u>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6. <u>EDUARDO ALUNA</u>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7. <u>ROSA VALEN OLIVARES</u>																						
8. <u>XITENA WUTH</u>																						
9.																						
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



T1



T2



T3



T6