



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	DIAZ MUÑOZ LUIS		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GIMNASIA ADULTO MAYOR	LUN 11:00-12:00	MIE 11:00-12:00	AMERICO VESPUCIO SUR 1919	7
T.2	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 15:00-16:00	SAB 09:00 a 10:00	PARQUE ARAUCANO	21
T.3	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 16:00-17:00	SAB 10:00 a 11:00	PARQUE ARAUCANO	23
T.4	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 17:00-18:00	SAB 11:00 a 12:00	PARQUE ARAUCANO	22
T.5	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 18:00-19:00	SAB 12:00 a 13:00	PARQUE ARAUCANO	27

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	- Mejorar la movilidad y flexibilidad articular a través de estiramientos - Fortalecer los músculos con ejercicios focalizados para la fuerza y resistencia - Estimular la memoria y la cognición con juegos lúdicos - mejorar la propiocepción a través de ejercicios de equilibrio estático y dinámico
T.2	Conducción y sus elementos (10) a través de juegos y ejercicios
T.3	Pase de seguridad a ras de piso. Pase corto Pase largo Pase a media altura
T.4	Controles clásicos Amortiguación Parada y semi parada Control orientado
T.5	Tiro a portería Tiro a ras de piso Tiro con empeine Tiro semi bolea

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. DIAZ MUÑOZ LUIS, 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. DIAZ MUÑOZ LUIS .

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Gimnasia Adulto Mayor</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Av. Vespucio Sur 1919</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Luis Diaz</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Lunes - Martes 11:00 a 12:00</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. ELIZABET AMMARON	2/4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. XILENA AMMARON	2/4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. PATRICIA BRAVO	2/4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. CLAUDIA CONCHA	2/4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. ISABELLA DEL RIO	2/4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. ENDA FERRETTI	2/4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. MARIA TERESA LINA	2/4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. CLAUDIO LOPEL	2/4	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 SESION: 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO <i>1/04/2025</i>	DEPARTAMENTO <i>DEL PONTE</i>	INSCRIPCION MINIMA: <i>X</i> (Con marca del minimo se debe explicar con el taller)
F. TERMINO <i>30/04/2025</i>	PROGRAMA <i>Taller de Recreacion y de Desarrollo</i>	

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

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

FIRMA PROFESOR: *[Firma]*

PLANILLA CONTI

Categoría 5-6 años

NOMBRE DEL TALLER Escuela de Fútbol	LUGAR DE EJECUCION Parque prauano
NOMBRE DEL PROFESOR Luis Diaz	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Miercoles 15:00 a 16:00 Sabado 9:00 a 10:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	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														
1. Nika Acuña	P	P	P	P	P	P														
2. Jose Pedro Acuña	P	P	P	P	P	P														
3. Reimundo Acuña	P	P	P	P	P	P														
4. Gabriel Prieto	P	P	P	P	P	P														
5. Mariano Burgos	P	P	P	P	P	P														
6. Florina Bustamante	P	P	P	P	P	P														
7. Federico Corpinecci	P	P	P	P	P	P														
8. Luis Corpinecci	P	P	P	P	P	P														
9. Felipe Cortes	P	P	P	P	P	P														
10. Juan del Campo	P	P	P	P	P	P														
11. Clara Donolinger	P	P	P	P	P	P														
12. Phil Quene	P	P	P	P	P	P														
13. Tomas Heilman	P	P	P	P	P	P														
14. Dominica Melle	P	P	P	P	P	P														
15. Domingo Pinochet	P	P	P	P	P	P														
16. Alex Quispe	P	P	P	P	P	P														
17. Benjamin Robles	P	P	P	P	P	P														
18. Pedro Sepulveda	P	P	P	P	P	P														
19. Martin Soto	P	P	P	P	P	P														
20. Matias Ulloa	P	P	P	P	P	P														
21. Simon Voldnepro	P	P	P	P	P	P														
22. Gaspar Valdez	P	P	P	P	P	P														
23. Matias Valenzuela	P	P	P	P	P	P														
24. Martin Valenzuela	P	P	P	P	P	P														
25. Reimundo Venegas	P	P	P	P	P	P														

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 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

28

F. INICIO
17/03/25

DEPARTAMENTO
Deportes

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

	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																									NO	NO
2																									NO	NO
3																									NO	NO
4																									NO	NO
5																									NO	NO
6																									NO	NO
7																									NO	NO
8																									NO	NO
9																									NO	NO
10																									NO	NO
11																									NO	NO
12																									NO	NO
13																									NO	NO
14																									NO	NO
15																									NO	NO
16																									NO	NO
17																									NO	NO
18																									NO	NO
19																									NO	NO
20																									NO	NO
21																									NO	NO
22																									NO	NO
23																									NO	NO
24																									NO	NO
25																									NO	NO

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		SESIONES																			
		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 Viorri	P	P	P	P	P															
27	Alonso Tejocapulos	P	P	P	P	P															
28	Patricia no Agude	P	P	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		21	20	20	20	20	20														

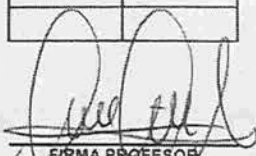
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE 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			
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										NO	NO
27																										NO	NO
28																										NO	NO
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

Categoría 7-8

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Escuela de Fútbol	Parque ARAUCANO
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Unis Diaz	Miércoles 16:00 a 17:00 Sábado 10:00 a 11:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N.º FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		02/08/2025	06/08/2025	09/08/2025	13/08/2025	16/08/2025	20/08/2025														
1 Aguilar Miranda Jose	P	J	P	P	P	P	P														
2 Aleman Salinas Lucas	P	P	P	P	P	P	P														
3 Avaras Freire Carlos	P	P	P	P	P	P	J														
4 Avaras Freire Eduardo	P	P	P	P	P	P	P														
5 Avaras Arancibia Lukas	P	J	P	P	P	P	P														
6 Bressan Bogetti Genaro	P	J	P	P	P	P	P														
7 Callejas Silva Facundo	P	P	P	J	P	P	P														
8 Carcano Mauricio Simon	P	P	P	P	P	P	P														
9 Gonzalez Bustamante Maria	P	P	P	P	P	P	P														
10 Gutierrez Herrera Alonso	P	P	P	P	P	P	P														
11 Ibarra Andrade Santiago	P	P	J	P	P	P	P														
12 Inostrosa Troncoso Julian	J	P	P	P	P	P	P														
13 Larrain Ruiz Alconso	P	P	P	J	P	P	P														
14 Martinez Bayley Benjamín	P	P	P	P	J	P	P														
15 Marralzo Segundo	P	P	P	P	P	P	P														
16 Mella Guerra Mariana	J	P	P	P	P	P	P														
17 Minzel Gallardo Baltazar	P	P	P	P	P	P	J														
18 Morales Lagos Jose	P	J	P	P	P	P	P														
19 Orfali Salgado Joaquin	P	P	P	J	P	P	P														
20 Orfali Eloyao Thomas	P	P	P	P	P	P	J														
21 Parra Santidrian Amanda	P	P	J	P	P	P	P														
22 Valenzuela Carrasco Joaquin	P	P	P	P	P	P	P														
23 Vargas Heison Jose	P	P	P	P	P	P	P														
24 Vera Venutia Ignacio	P	P	P	J	P	P	P														
25 Vivanco Dos Santos Heyn	P	P	P	P	P	P	P														

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 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

F. INICIO
17/03/2025

DEPARTAMENTO
Deportes

INSCRIPCION MINIMA : 26
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/2025

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Desarrollo

	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																									NO	NO
2																									NO	NO
3																									NO	NO
4																									NO	NO
5																									NO	NO
6																									NO	NO
7																									NO	NO
8																									NO	NO
9																									NO	NO
10																									NO	NO
11																									NO	NO
12																									NO	NO
13																									NO	NO
14																									NO	NO
15																									NO	NO
16																									NO	NO
17																									NO	NO
18																									NO	NO
19																									NO	NO
20																									NO	NO
21																									NO	NO
22																									NO	NO
23																									NO	NO
24																									NO	NO
25																									NO	NO

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N°	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
26 ZARZA VUOLA DIEGO		02/08/2025	06/08/2025	09/08/2025	13/08/2025	16/08/2025	20/08/2025														
27		J	P	P	P	P	P														
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																					
N° DE ASISTENTES POR SESION		23 22 24 22 23 13																			

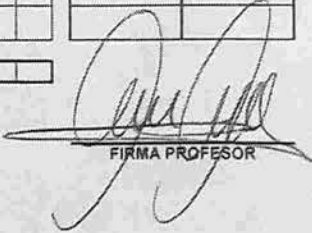
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, 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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																									NO	NO
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

NOMBRE DEL TALLER

FUTBOL

LUGAR DE EJECUCION

PARQUE ARAUCANO

NOMBRE DEL PROFESOR

LUIS DIAZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MIÉRCOLES Y SÁBADO.

17:00 a 18:00 / 11:00 a 12:00

	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
			02-08	06-08	09-08	13-08	16-08	20-08														
1	ARAYA NATIAS		P	P	/	P	P	P														
2	BAHAMONDES OLIVO		P	P	P	P	P	J														
3	BURGOS HANER		P	P	/	J	P	P														
4	BUSCAGLIA DANTE		P	P	P	/	P	P														
5	CARWASAL BARRALES		P	P	P	P	P	J														
6	CAVIEDES PRADENAS		P	P	P	/	P	P														
7	DEL CAMPO BELTRAN		P	P	P	/	P	P														
8	DELGADO ESTEBAN		P	P	P	P	/	P														
9	DIAZ ACEVEDO JUAN		P	P	P	P	P	P														
10	DUEÑAS GILCOMO		J	P	P	P	P	P														
11	ESCOBAR JOSE		P	P	P	P	P	P														
12	FERNANDEZ MATEO		/	P	P	P	P	P														
13	FU YEN LIAM		P	P	P	P	P	P														
14	LLOPIS BASILIAN		P	P	P	P	P	P														
15	MARZET ALBERTO		P	P	P	P	P	P														
16	NAVARRO MARTIN		/	P	P	P	P	P														
17	QUISPE WYATT ELLIOT		P	P	P	P	P	P														
18	RADDATZ NATIAS		P	P	P	P	/	P														
19	RANGEL DUQUE		P	P	J	P	/	P														
20	RIVERA DAMIAN		P	P	P	P	P	P														
21	ROJAS CRISTOPAL		P	P	P	P	P	P														
22	SABER PEDRO LEON		P	P	P	P	/	P														
23	SOTO CONSTANZA		/	P	/	P	P	P														
24	SOTO TOMAS		P	P	P	P	P	P														
25	VILDENBORG TOMAS		P	P	/	P	P	P														

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, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-03-25

DEPARTAMENTO
Deportes

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

29

F. TERMINO
30-11-25

PROGRAMA
talleres recreativos y desarrollo.

	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																									NO	NO
2																									NO	NO
3																									NO	NO
4																									NO	NO
5																									NO	NO
6																									NO	NO
7																									NO	NO
8																									NO	NO
9																									NO	NO
10																									NO	NO
11																									NO	NO
12																									NO	NO
13																									NO	NO
14																									NO	NO
15																									NO	NO
16																									NO	NO
17																									NO	NO
18																									NO	NO
19																									NO	NO
20																									NO	NO
21																									NO	NO
22																									NO	NO
23																									NO	NO
24																									NO	NO
25																									NO	NO

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SERIES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
26 ENZO VENEZAS	02-08	P	P	J	S	P	P														
27 VIDAL LOPEL SANTIAGO	06-08	P	P	P	P	P	P														
28 YANET NOAH	09-08	P	P	/	/	P	P														
29 ZULUETA ALAN IKER	13-08	P	P	P	P	P	P														
30	16-08																				
31	20-08																				
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																					

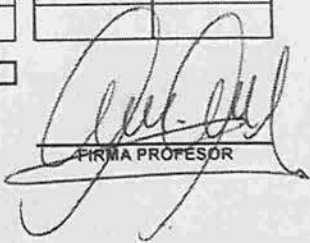
N° DE ASISTENTES POR SESION	21	25	21	29	24	20															
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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, 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			
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										NO	NO
27																										NO	NO
28																										NO	NO
29																										NO	NO
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

Categoría 11-12 años

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER

Fútbol Mixto

LUGAR DE EJECUCION

Parral Arica

NOMBRE DEL PROFESOR

Luis Diaz

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes 18:00 a 19:00 Sábado 12:00 a 13:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			2/08	06/08	09/08	13/08	16/08	20/08														
1	BESORE STUARDO		P	P	J	P	P															
2	DIEGO VIDAL GARRAZO		P	P	P	P	P	P														
3	MATIAS CAUADA		P	P	P	P	P	P														
4	JOAQUIN RODRIGUEZ		P	P	P	P	P	P														
5	FRANCIS FUENTES		P	P	P	P	P	P														
6	ABRAHAM GARCIA		P	P	P	P	P	P														
7	SANTIANO GONZALEZ		P	P	P	J	P	P														
8	GUSTAVO GONZALEZ		P	P	P	P	P	P														
9	BATAZAR GOMEZ		P	P	P	P	P	P														
10	DIEGO HOFFMEISTER		P	P	P	P	P	P														
11	AUSTIN JARA		P	P	P	P	P	P														
12	CARLOS CARRAN		P	P	P	P	P	P														
13	LUCAS COCOURT		P	P	P	P	P	P														
14	ALONSO LETTA		P	P	P	P	P	P														
15	FERNANDA CILLO		P	P	P	P	P	P														
16	JOAQUIN MARTINEZ		P	P	P	P	P	P														
17	JABRIEL NUÑEZ		P	P	P	P	P	P														
18	DIEGO OLIVARES		P	P	P	P	P	P														
19	LUCAS ORTIZ		P	P	P	P	P	P														
20	BISMARCK OYOLA		P	P	P	P	P	P														
21	CAMILA FERRARETTO		P	P	P	P	P	P														
22	IAN RADIC		P	P	P	P	P	P														
23	TOMAS RAMOS		P	P	P	P	P	P														
24	FRANCO SALVADO		P	P	P	P	P	P														
25	LUCAS SAN MARTIN		P	P	P	P	P	P														

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, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO

17/03/2025

DEPARTAMENTO

Deportes

INSCRIPCION MINIMA : 31
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

30/11/2025

PROGRAMA

Talleres recreativos y de desarrollo

	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																									NO	NO
2																									NO	NO
3																									NO	NO
4																									NO	NO
5																									NO	NO
6																									NO	NO
7																									NO	NO
8																									NO	NO
9																									NO	NO
10																									NO	NO
11																									NO	NO
12																									NO	NO
13																									NO	NO
14																									NO	NO
15																									NO	NO
16																									NO	NO
17																									NO	NO
18																									NO	NO
19																									NO	NO
20																									NO	NO
21																									NO	NO
22																									NO	NO
23																									NO	NO
24																									NO	NO
25																									NO	NO

PLANILLA CONTI

	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
26	CRISTOBAL SANCHEZ	02/08	P	P	P	P	P	P														
27	NICOLAS TUPONE	06/08	P	P	P	P	P	P														
28	MAXIMILIANO JALCZAR	09/08	P	P	P	P	P	P														
29	SANTIAGO JORA	13/08	P	P	P	P	P	P														
30	JUAN VILLALOBOS	16/08	P	P	P	P	P	P														
31	Agustin ZALACA	20/08	P	P	P	P	P	P														
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 24 28 29 27 29 28

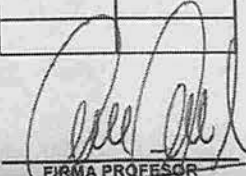
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, 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		¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										NO	NO
27																										NO	NO
28																										NO	NO
29																										NO	NO
30																										NO	NO
31																										NO	NO
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

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



Taller de gimnasia entretenida los días lunes y miércoles de 11:00 a 12:00 hrs

Av. Américo Vespucio 1919