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	GAJARDO DEL CAMPO VERONICA		
RUT	[redacted]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES AVANZADO	LUN 11:15-13:15	---	CAMINO EL ALBA 8990	7
T.2	INGLES AVANZADO	MAR 18:00-20:00	---	REINA ASTRID 880	5
T.3	INGLES BASICO	MAR 09:00-11:00	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6
T.4	INGLES BASICO	LUN 09:00-11:00	---	CAMINO EL ALBA 8990	7
T.5	INGLES BASICO	JUE 09:00-11:00	---	REINA ASTRID 880	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Lectura y conversación acerca de la vida de Marie Curie. Los participantes preparan biografías para exponer en inglés en clases: Charles Chaplin - Javiera Carrera - Mary Bonaparte - Michael Jackson- Paul McCartney.
T.2	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Segundo condicional: explicación forma y uso. Ejercicios de completación. Situaciones dadas para uso de segundo condicional en contexto. Temas preparados por los alumnos.
T.3	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Estudio de los verbos irregulares en pasado en contexto. Preparar ejemplos propios utilizando los verbos en pasado. Estudio de vocabulario asociado a sus oraciones propias.
T.4	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Pasado simple. forma y uso. Pasado verbo to be. Ejemplos propios utilizando verbos en pasado. Texto: Harry Potter: completar relato con verbos irregulares y regulares. Lectura.
T.5	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Presente simple forma negativa e interrogativa: forma y uso en contexto. Completar puzzle con verbos en presente simple. Hacer preguntas apropiadas a respuestas dadas.

Firma prestador de los servicios		

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	GAJARDO DEL CAMPO VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	INGLES BASICO	VIE 11:15-13:15	---	CAMINO EL ALBA 8990	3
T.7	INGLES BASICO	JUE 17:30-19:30	---	KENNEDY 4885 EDIFICIO K2	3
T.8	INGLES BASICO	MAR 15:00-16:30	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	3
T.9	INGLES BASICO	MAR 11:30-13:30	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	3
T.10	INGLES CONVERSACION BASICO	LUN 18:00-20:00	---	CAMINO EL ALBA 8990	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Referirse a la propia rutina diaria. Reglas ortográficas para uso de 3era persona en presente simple: ejercicios en contexto. Lionel Messi: completar rutina. Lectura
T.7	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Pasado simple: forma y uso. Afirmación, negación y pregunta. Ejercicios de completación en contexto de verbos en pasado. Hablar sobre la Navidad pasada. Lectura
T.8	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Partes del cuerpo humano (actividades). Ciudad: ubicar lugares según preposiciones de lugar. La casa: dormitorio-cocina (vocabulario- puzzle- dibujo propia casa). La hora
T.9	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Presente Simple: Afirmación, negación y pregunta. Rutina diaria propia. Ejercicios de completación y de preguntas en contexto. A Day in the life of Megan Markle. Lecturas
T.10	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Los participantes presentan tópicos propios preparados por ellos: Violence at School, Twins, Technology, Mining, Aging. Lectura: Self Improvement (dar propio punto de vista)

Firma prestador de los servicios	

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	GAJARDO DEL CAMPO VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	INGLES CONVERSACION BASICO	LUN 15:00-17:00	---	REINA ASTRID 880	5
T.12	INGLES INTERMEDIO	MIE 18:00-20:00	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	8
T.13	INGLES INTERMEDIO	JUE 15:00-17:00	---	REINA ASTRID 880	4
T.14	INGLES INTERMEDIO	MIE 09:00-11:00	---	CAMINO EL ALBA 8990	5
T.15	INGLES INTERMEDIO	JUE 11:00-13:00	---	REINA ASTRID 880	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Presente perfecto: ejercicios en contexto. Diferencias con el pasado simple. Tópicos preparados por los participantes y tópicos dados. Juego de vocabulario Snake and Ladders
T.12	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Temas dados para facilitar la conversación (ej: la persona más interesante que has conocido). Temas preparados por los participantes: Neuroplasticity, The Universe, Witches
T.13	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Pasado simple: afirmación. Ejercicios de completación y reconocimiento de verbos en pasado en contexto. Preguntas en pasado: forma, uso y tipo de pregunta. Puzzle
T.14	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Escribir y conversar sobre su vida como adolescente. Uso de modal verb must y mustn't en contraste con uso de have to y don't have to. Ejercicios en contexto. Lecturas
T.15	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Presente perfecto en contraste con pasado simple. Ejercicios en contexto y ejemplos propios. Actividades de comprensión de lectura. Tópicos preparados por los participantes: Pineal Gland, Second Brain.

Firma prestador de los servicios	

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	GAJARDO DEL CAMPO VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.16	INGLES INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	---	CAMINO EL ALBA 8990	6
T.17	---	---	---	---	
T.18	---	---	---	---	
T.19	---	---	---	---	
T.20	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.16	Conversar acerca de las actividades del fin de semana. Uso de modal verb must y mustn't en contraste con uso de have to y don't have to. Ejercicios en contexto y ejemplos propios. Lecturas dadas para facilitar la conversación
T.17	
T.18	
T.19	
T.20	

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. GAJARDO DEL CAMPO VERONICA, 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. GAJARDO DEL CAMPO VERONICA.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTION DE CONTRATOS Y TALLERES DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, **AGOSTO** (mes) de 2025 (año)

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Inglés Intermedio	Reina Astrid 880

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Verónica Gajardo	Jueves 11:15-13:15

	NOMBRE COMPLETO 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
			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Odilia Martinez		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P
2	Cecilia Arias		P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	J
3	Mª Isabel Salaf		P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Marcela Tello		P	J	P	J	P	P	J	J	P	P	P	J	J	P	J	P	J	P	P	P
5	Marianela Collao		P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	J
6	Cecilia Montenegro		P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
7	Ximena Ubilla		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P
8	Ana María Tagandini							P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
9																						
10																						
11																						
12																						
E ASISTENTES POR SESIÓN			7	4	6	6	6	7	3	5	8	6	7	3	6	6	2	6	7	7	7	6

ARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
ARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
ARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

BERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE
S TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA,

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
2003 2025	Gestión de Contenidos y Talleres

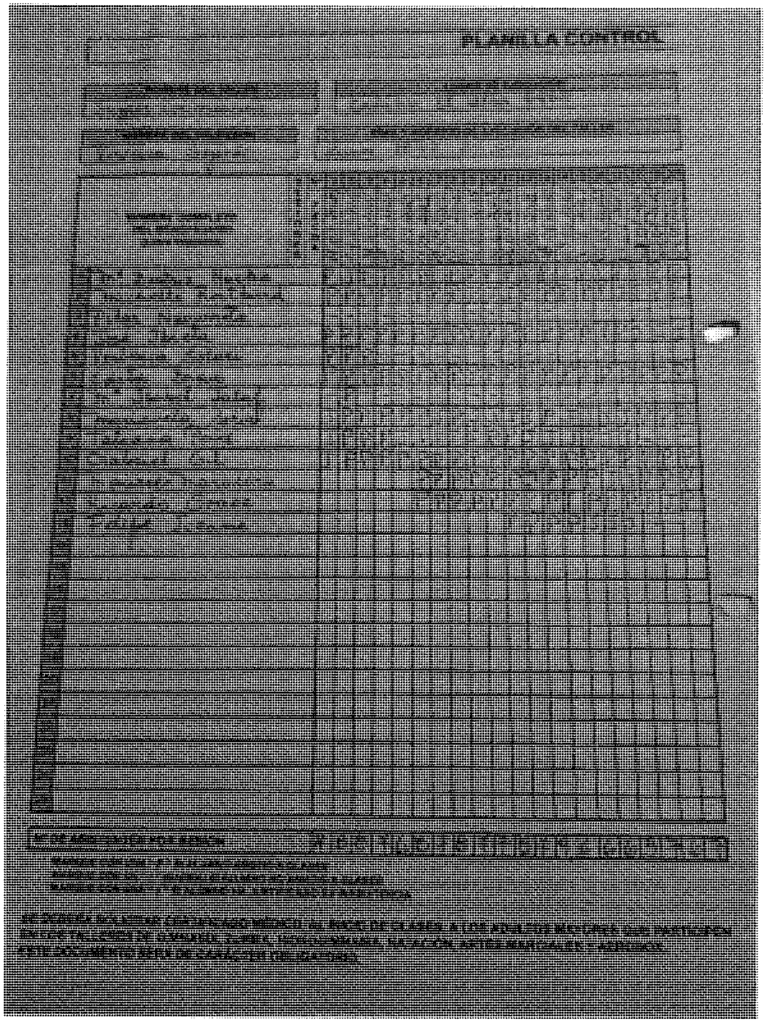
F. TERMINO	PROGRAMA
30. 11. 2025	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo no debe evaluar contenidos del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	14.08.2025																			
1	P																			
2	P																			
3	S																			
4	P																			
5	S																			
6	P																			
7	P																			
8	P																			
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	6																			

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

FIRMA PROFESOR

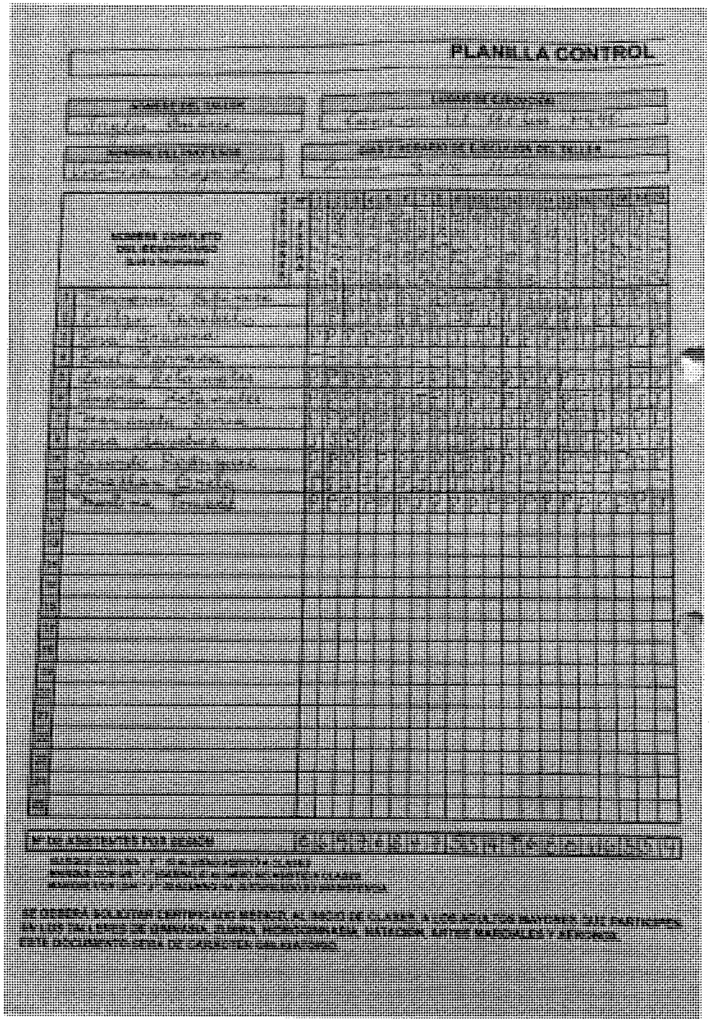


PLANILLA CONTROL

N° DE ADULTOS MAYORES POR SESIÓN

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 AERÓBICOS. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, [illegible], NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AERÓBICA. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

[illegible]	[illegible]
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO
NO	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO
SI	NO

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Inglés Básico	Reina Victoria BPO

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Verónica Gajardo	Jueves 9:00 - 11:00

	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	22-03	29-03	05-04	12-04	19-04	26-04	03-05	10-05	17-05	24-05	31-05	07-06	14-06	21-06	28-06	05-07	12-07	19-07	26-07	02-08
1	Lorena Díaz		P	P	J	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
2	Mónica Baldizan		P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	P	V	V	J	P	P	J	J
3	Ricardo Ramírez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
4	Raúl Contreras		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Mª Edith		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P
6	Edith Díaz				P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J
7	Ximena Ibáñez						P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		4	5	5	4	6	7	6	6	4	4	4	2	5	3	4	3	3	4	4	4

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " - " (RAYA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

E DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN
N LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
STE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA
20.03.2025	Gestión de Calidad y Talleres	10 personas (de no inscribirse no habrá realizar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
30.11.2025	Talleres Recreativos y de Desarrollo

	MES	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. MÉDICO (SI / NO)
1	J																					SI	NO
2	J																					SI	NO
3	J																					NO	NO
4	P																					NO	NO
5	P																					SI	NO
6	J																					SI	NO
7	P																					SI	NO
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
	3																						

FIRMA PROFESIONAL

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Inglés Básico

LUGAR DE EJECUCION: Kennedy 4865 - 1/3

NOMBRE DEL PROFESOR:

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Martes 17:30 - 19:30

	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
			FECHA	06-03	13-03	20-03	27-03	03-04	10-04	24-04	08-05	15-05	22-05	29-05	05-06	12-06	19-06	26-06					
1	Lucia Colon			P	P	P	F	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P					
2	Sara Jiménez			P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	J	P	J	J	P					
3	Jasmin Herrera			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	-	-	-					
4	Hugo Neira			P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	Mª José Galvez			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
6	Ernesto Bravo			-	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	2	4	3	1	2	4	3	3	2	3	2	3	2	3	2					

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "-" (GUIONES) 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 CARACTER OBLIGATORIO

DE ASISTENCIA

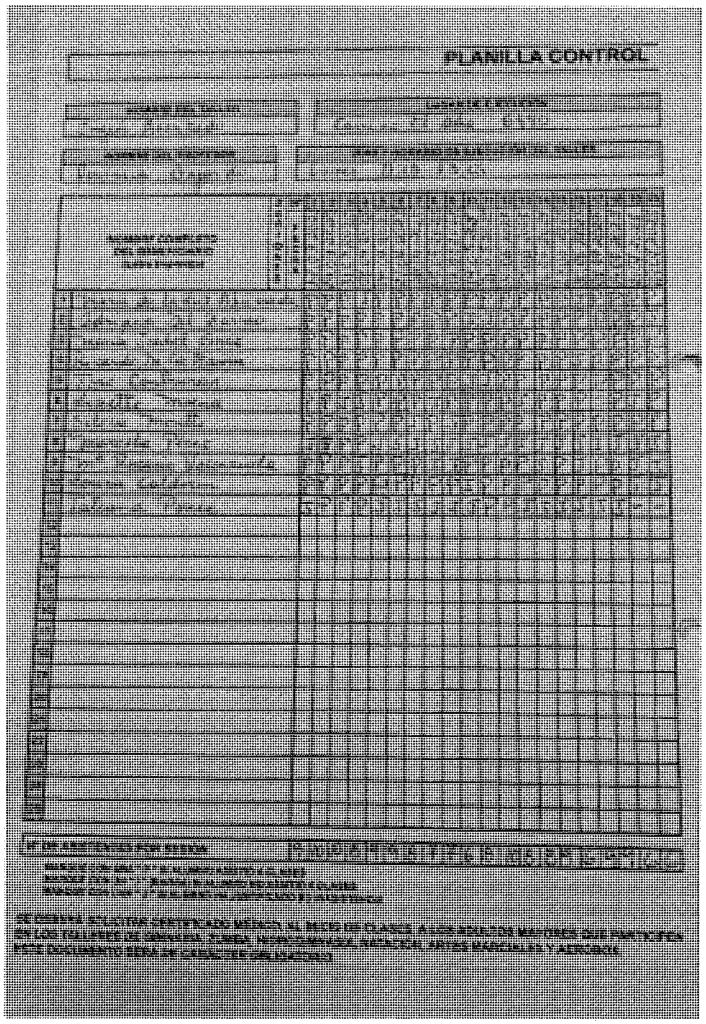
F. INICIO	DEPARTAMENTO
08.05.25	Gestión de Contratos y de Talleres

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

F. TERMINO	PROGRAMA
20.11.25	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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1																					SI	NO
2																					SI	NO
3																					NO	NO
4																					SI	NO
5																					—	—
6																					SI	NO
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR



PLANILLA CONTROL

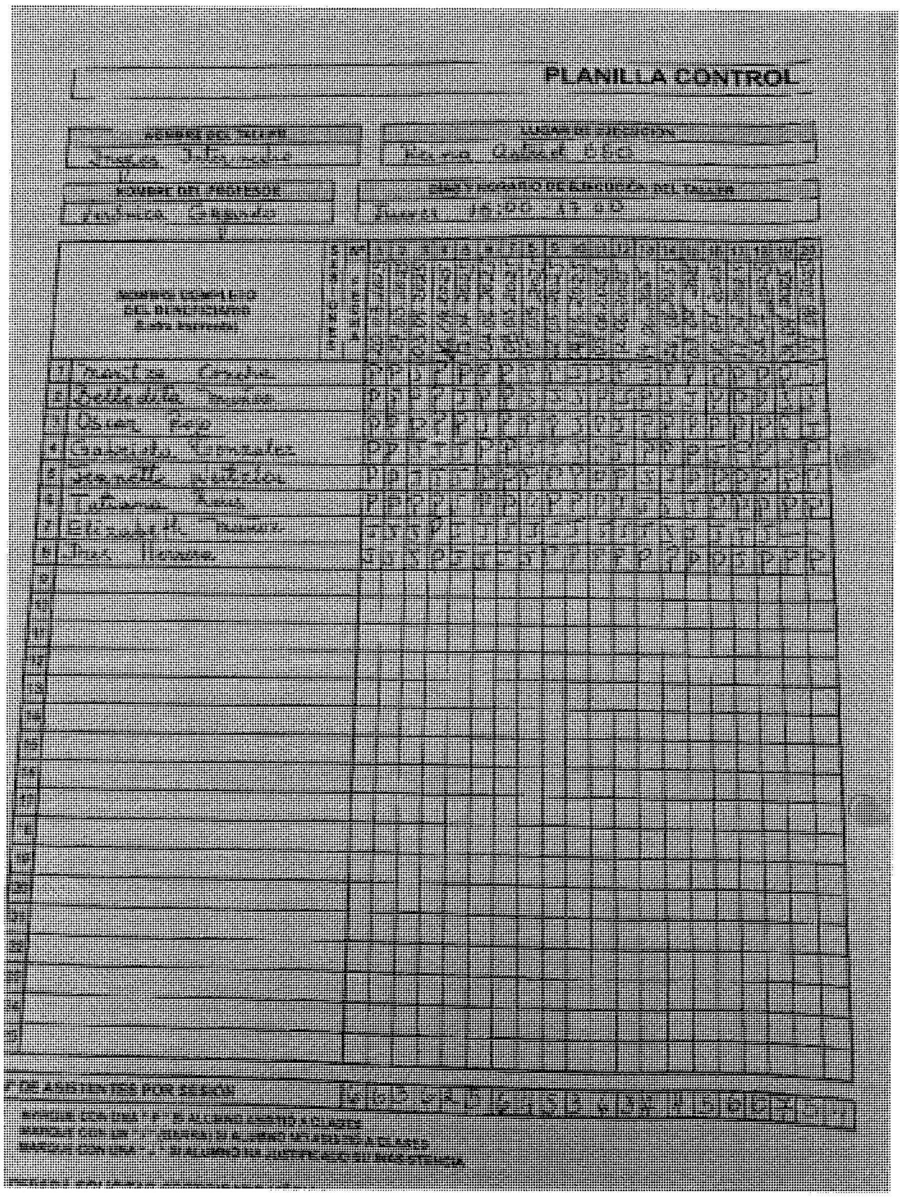
NOMBRE DEL TALLER	[illegible]
NOMBRE DEL MONITOR	[illegible]
DÍAS Y HORARIOS DE EJECUCIÓN DEL TALLER	[illegible]

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

[illegible]

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, [illegible], NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBICS. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Juegos [illegible]

LUGAR DE EJECUCIÓN: Reina [illegible]

NOMBRE DEL PROFESOR: [illegible]

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Jueves 16,00 17,00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO
1	Marta Concha
2	[illegible] Muñoz
3	Oscar Rojo
4	Gabriela Gonzalez
5	Jeanette Gutiérrez
6	Tatiana Ruiz
7	Elizabeth Muñoz
8	Inés Herrera

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20.10.2025	Cuidado de [illegible] y Familia

F. TERMINO	PROGRAMA
20.11.2025	Talleres Psicosociales y de [illegible]

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
(Con cinco (5) personas se puede iniciar el taller, pero se requiere un mínimo de veinte (20) para su cierre)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA																				
1	S																				
2	P																				
3	T																				
4	P																				
5	T																				
6	T																				
7	T																				
8	P																				
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	S																				

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
SI	NO
NO	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Inglés Conversacional	Zona Cabrera 280

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Francisca Cifuentes	Lunes 15:00 - 17:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES EFECTUADAS																					
		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	22/03	29/03	05/04	12/04	19/04	26/04	03/05	10/05	17/05	24/05	31/05	07/06	14/06	21/06	28/06	05/07	12/07	19/07	26/07	02/08
1	Mª Soledad Valdivia	J	J	F	P	J	J	J	D	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	J	-
2	Graciela Ochoa	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	J	P	P	P
3	Mª Eugenia Villalobos	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P
4	Mª Gracia de Valenzuela	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Mª Ordema Gamboa	J	J	P	J	P	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	-
6	Mª Angélica Guzman	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Mª Edith Arangueibel	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P
8	Patricia Garcia	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
9	Francisca Cofre	-	-	-	-	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
10	Paulina Sotomayor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		4	5	4	5	5	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	4	5	6	5	7	6

MARQUE CON UN "P" SI EL PARTICIPANTE ASISTE A SESIÓN
MARQUE CON UN "J" SI EL PARTICIPANTE JUSTIFICA SU INASISTENCIA
MARQUE CON UNA "D" SI EL PARTICIPANTE NO JUSTIFICA SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	ELECTIVA/CICLO MÍNIMA
17-03-2025	Gestión de Contenidos y Talleres	

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11-2025	Talleres Recreativos y de Desarrollo

			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
			M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
1			P	P																		
2			P	P																		
3			P	P																		
4			P	P																		
5			P	P																		
6			P	P																		
7			P	P																		
8			P	P																		
9			P	P																		
10			P	P																		
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)
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Inglés Avanzado	Rosa Ostria 880

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Veronica Olguin	martes 18:00 - 20:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (LETRA IMPRENTA)	SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Dª Ximena Rosic	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Antonia Tarum	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J
3	Claudia Espinoza	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
4	Carlos Donoso	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J
5	Ricardo Duran	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Pancho	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7	Melissa Valdespino	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
8	Vicente Navarro					J	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9	Alejandro Andrade						P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	6	5	5	6	5	6	5	6	6	5	6	6	6	6	5	5	5	4	5

P = PRESENTE (INCLUYE 1 HR. A ALUMNO ABIERTO A CLASES)
J = JUSTIFICADO (INCLUYE 1 HORA DE ALUMNO NO APTO A CLASES)
A = AUSENTE (INCLUYE 1 HORA DE ALUMNO NO JUSTIFICADO DE INASISTENCIA)

SERÁ ESTRICTAMENTE SOLICITADO CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSTRUCCIÓN MÍNIMA
15.03.2025	Gestión de Recursos y Talleres	[illegible]

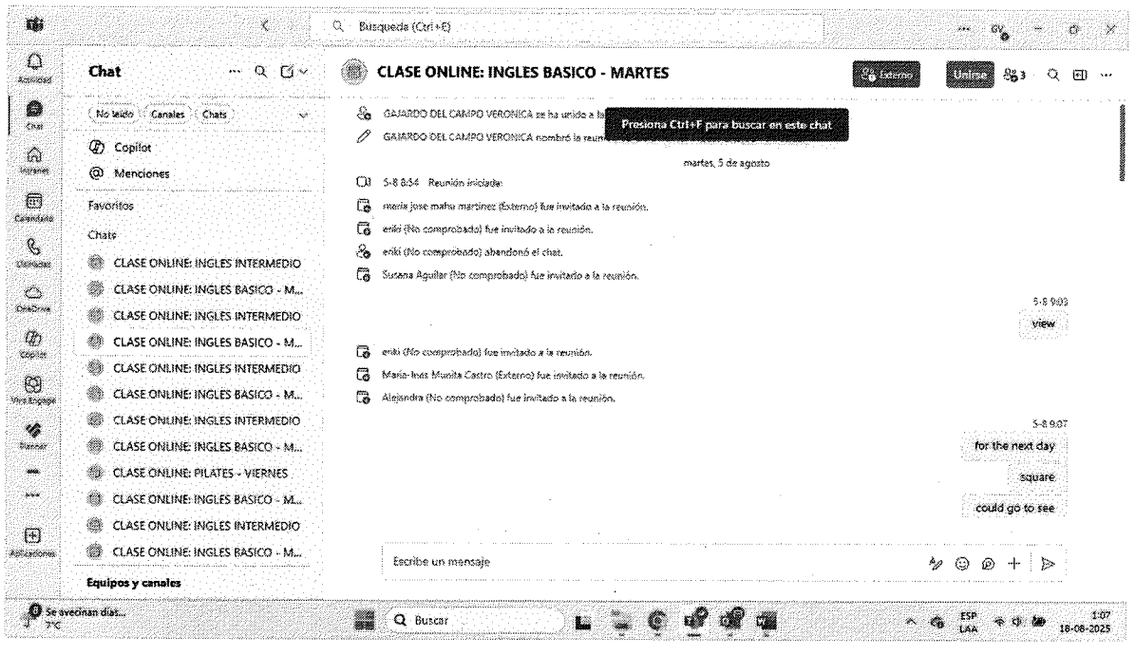
F. TERMINO	PROGRAMA
20.11.2025	Gestión Recursos y de Talleres

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	S	P	P																	
2	T	P	P																	
3	P	P	P																	
4	P	P	P																	
5	P	P	P																	
6	—	—	—																	
7	P		J																	
8	T	T	T																	
9	—	—	—																	
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

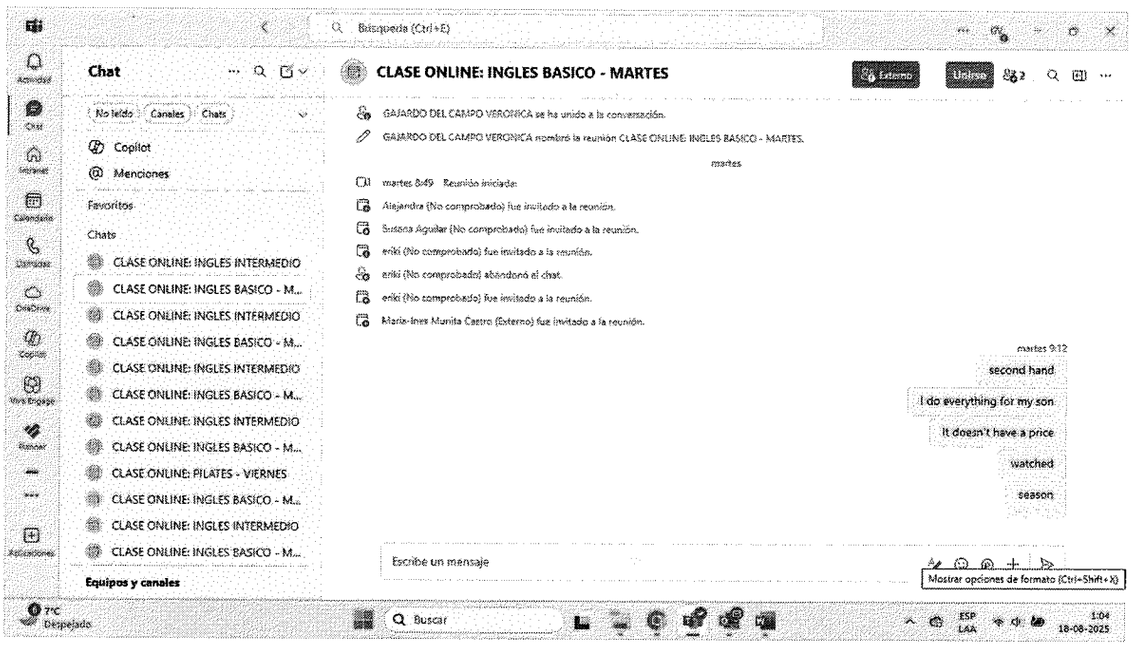
	5	5	4

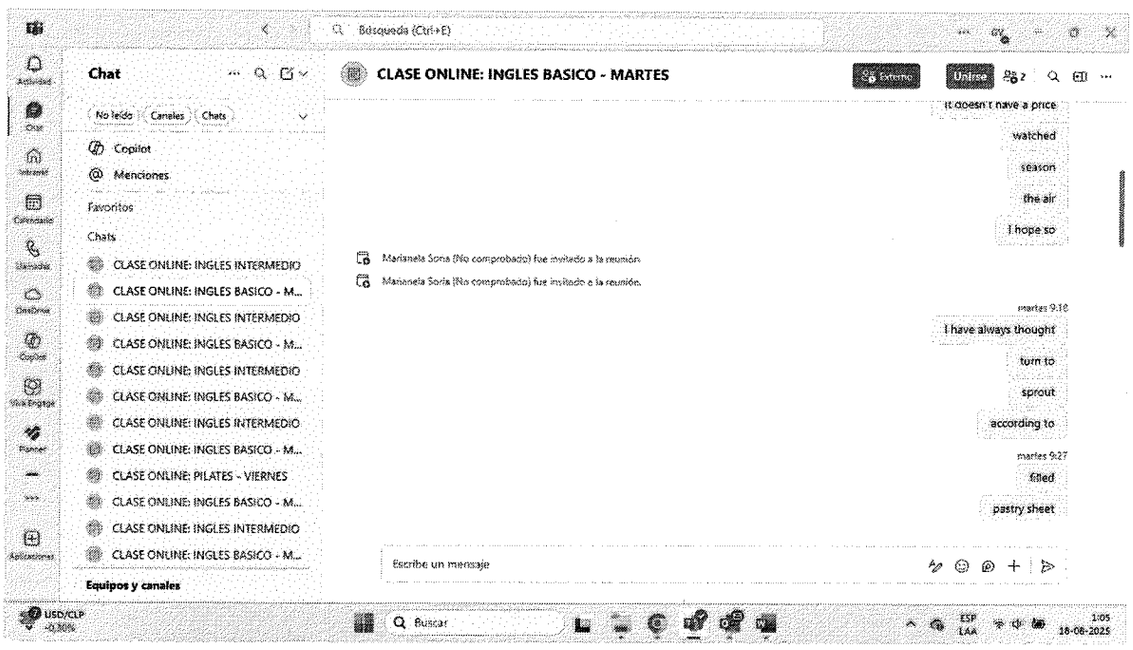
LAS ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO

MARTES 05 AGOSTO 2025



MARTES 12 AGOSTO 2025





MARTES 19 AGOSTO

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Inglés básico

LUGAR DE EJECUCIÓN: Santa Rita 9149

NOMBRE DEL PROFESOR: Verónica Bayardo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Martes 11:30 - 13:30

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	18-03-25	25-03-25	01-04-25	08-04-25	15-04-25	22-04-25	29-04-25	06-05-25	13-05-25	20-05-25	27-05-25	03-06-25	10-06-25	17-06-25	24-06-25	01-07-25	08-07-25	15-07-25	22-07-25	29-07-25
1	Ricardo Gomez	P	P	P	P	J	J	J	P	J	J	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J
2	Aldo Bombardiere	P	P	P	J	P	J	P	J	J	J	P	J	P	P	J	J	P	P	P	J
3	Micaela Martínez	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	J	-	-	-	-	-	-	-
4	Ponzillo Sebastián	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
5	Juan Pablo Cardozo Bravo				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
6	Rosario Tapia				P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	-	-	-	-
7	Veronica Ojeda					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P
8	Andrea González									P	J	J	P	P	J	P	J	P	P	J	J
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	N° DE ASISTENTES POR SESION	4	4	4	5	5	5	3	6	5	4	6	4	4	2	5	2	4	5	3	3

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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 AFROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO
18.03.2025

FECHA TÉRMINO
30.11.2025

DEPARTAMENTO

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : ______
(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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	05. 08. 2025	12. 08. 2025	14. 08. 2025																			
1	J	P	J																		SI	NO
2	J	P	P																		NO	NO
3	-	-	-																		NO	NO
4	P	J	J																		NO	NO
5	P	P	J																		NO	NO
6	-	-	-																		NO	NO
7	P	J	P																		NO	NO
8	J	J	J																		NO	NO
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25	3	3	2																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Tenis Blanco	Santa Rita 9130

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Verónica Galeado	Martes 15:00 - 16:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				12/03	19/03	26/03	02/04	09/04	23/04	30/04	07/05	14/05	21/05	28/05	04/06	11/06	18/06	25/06	02/07	09/07	23/07	30/07	06/08
1	Arturo Ignacio			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Pedro Bernardes			P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Johana Villalobos				P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J
4	Génesis Rojas							P	J	P													
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN			2	3	3	3	4	4	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA " J " SI EL 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 SERA DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA
18.03.2025	Cultura de Envejecimiento y Tercera Edad	(Con menos del número de alumnos anular contratación del taller)

FECHA TERMINO	PROGRAMA
30.11.2025	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
	25 de Mar	27 de Mar	31 de Mar																	
1	P	P	P																	
2	P	P	P																	
3	P	P	P																	
4	–																			
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	3	3	3																	

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
[illegible]	[illegible]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
[illegible]	[illegible]

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	Nº 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
2	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
3	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
4	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
5	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
6	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
7	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
8	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
9	[illegible]		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P
10	[illegible]		P	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 SESIÓN			18	15	15	19	17	15	18	19	19	19	19	15	15	15	17	16	16	14	14	

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "T" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

QUE 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
19.09.2025	Gestión de Contratos y Talleres

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30.11.2025	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCIÓN MÍNIMA: _____
(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
	15.09.25	22.09.25																		
1	P	P																		
2	P	P																		
3	I	I																		
4	J	J																		
5	I	I																		
6	P	P																		
7	P	J																		
8	P	P																		
9	P	P																		
10	I	P																		
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	6	6																		

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO
SI	NO
NO	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Inglés Intermedio	Comuna El Olivo 8090

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Verónica Gajardo	Miércoles 11:15 - 13:15

	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
		FECHA	5/3	12/3	19/3	26/3	2/4	9/4	16/4	23/4	30/4	7/5	14/5	21/5	28/5	4/6	11/6	18/6	25/6	2/7	9/7	16/7	23/7
1	Mª Teresa Santibáñez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P		P	P	P	P
2	Luz María Fuster		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P		P	P	J	P
3	Miranda Sara		P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P		P	P	P	J
4	Mª de la Luz Olivada		P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	P		J	J	P	P
5	Mª Isabel Cruz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P		P	P	J	P
6	Alejandra de la Vega		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P
7	Sadra Retamales V		J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J	J		J	J	J	J
8	Jenalhan Grez		J	P	J	J	J	J	-	-	-	-	-	-	-	-			-		-	
9	Mercedes Gazitúa									P	P	P	P	P	P	P	J		P	J	P	J
10	Ricardo Rodríguez																P		P	P	J	P
11	Maureen Naribe																P		P	P	P	J
12																						
13																		D				
14																		E				
15																		S				
16																		E				
17																		R				
18																		T				
19																		E				
20																		D				
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN			7	7	7	6	7	6	7	7	6	2	6	5	5	6	6	-	6	7	6	6

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

E DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

DE ASISTENCIA

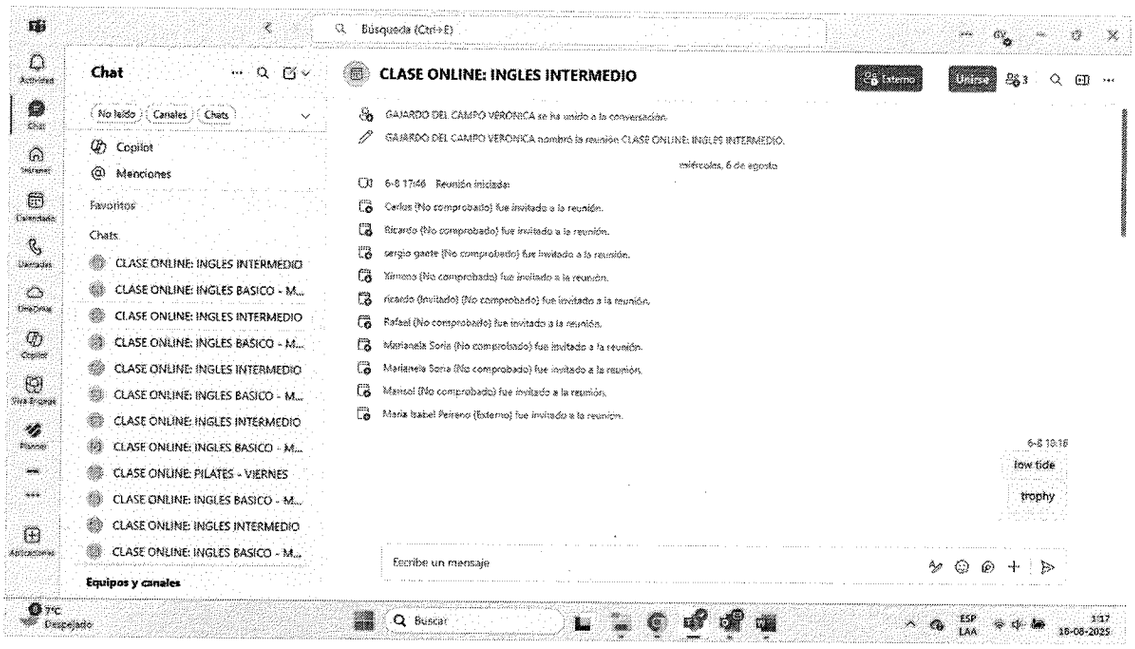
F. INICIO	DEPARTAMENTO
19.03.2025	Gestión de Contratos y Talleres

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30.11.2025	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

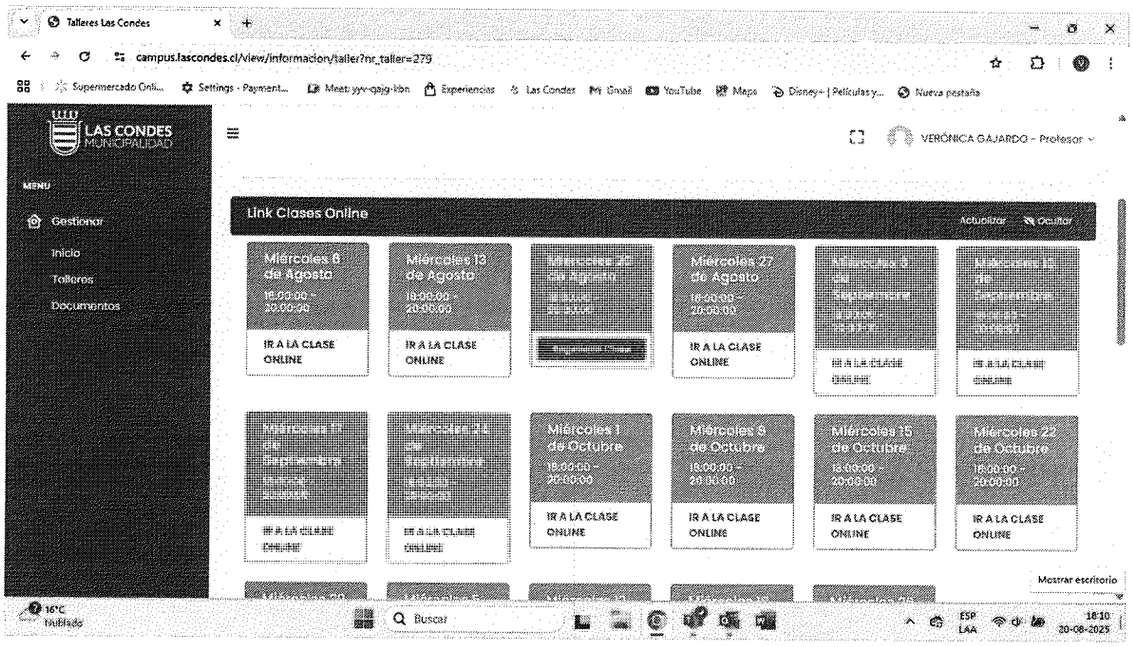
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	29.08.25																					
1	J																				NO	NO
2	J																				NO	NO
3	P																				NO	NO
4	P																				SI	NO
5	J																				SI	NO
6	P																				NO	NO
7	P																				NO	NO
8	–	–	–	–	–																NO	NO
9	P																				SI	NO
10	P																				SI	NO
11	P																				NO	NO
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Σ																					

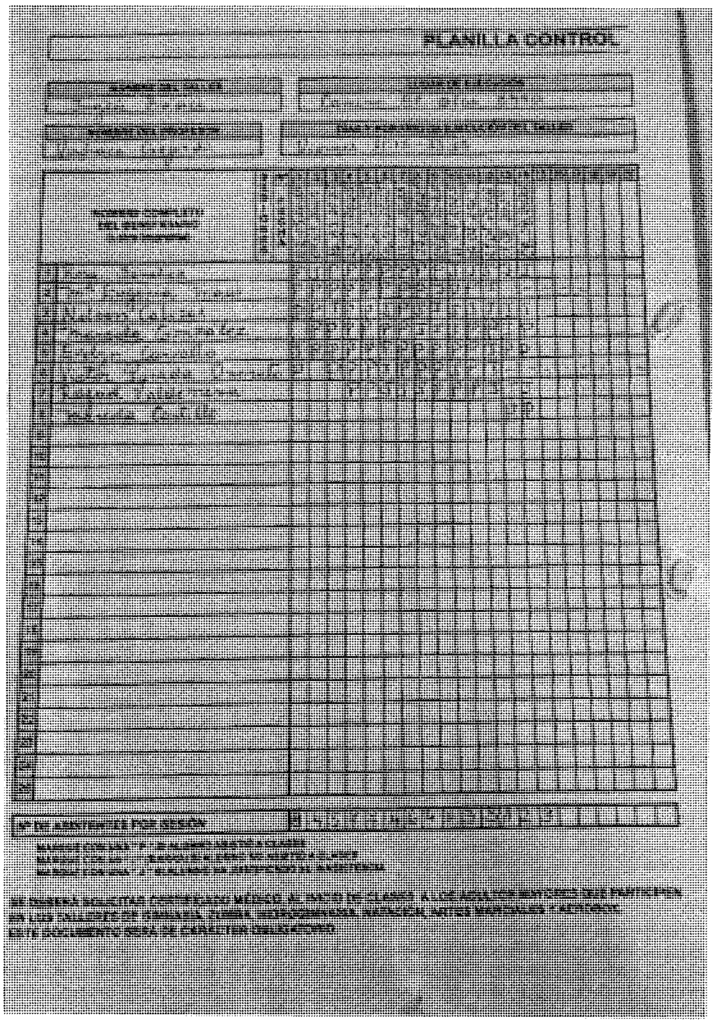
MIÉRCOLES 05 AGOSTO 2025



MIÉRCOLES 13 AGOSTO 2025

MIÉRCOLES 20 AGOSTO 2025





PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

FECHA DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

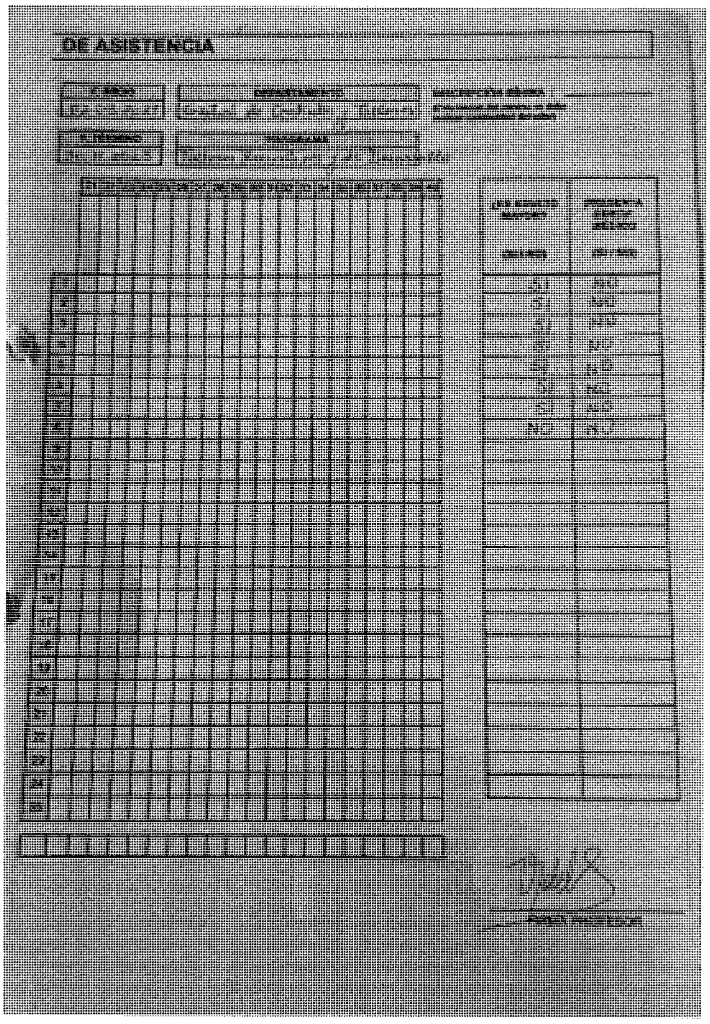
DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

NOMBRE COMPLETO DEL [illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
MARQUE CON UNA [illegible]
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, [illegible], NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AERÓBICO.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.



DE ASISTENCIA

CURSO

DEPARTAMENTO

PROGRAMA

[illegible]	[illegible]
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
NO	NO

FIRMA PROFESOR