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	HINOJOSA CASTILLO ALEJANDRO		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	COMPUTACIÓN BÁSICO	MIE 09:00-11:00	---	LA CAPITANÍA 255	8
T.2	COMPUTACIÓN BÁSICO	LUN 09:00-11:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	7
T.3	COMPUTACIÓN BÁSICO	VIE 10:00-12:00	---	TOLTEN 8115	4
T.4	COMPUTACIÓN BÁSICO	SAB 10:00-12:00	---	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	7
T.5	COMPUTACIÓN Y USO DE CELULARES BÁSICO	MAR 10:00-12:00	---	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Uso Explorador de Archivos de Sistema Operativo Windows Ejercicios: Gestionar íconos personalizados para Carpetas y Subcarpetas; Manejo vistas personalizadas de Archivos.
T.2	Uso Explorador de Archivos de Sistema Operativo Windows Ejercicios: Gestionar íconos personalizados para Carpetas y Subcarpetas; Manejo vistas personalizadas de Archivos.
T.3	Uso Explorador de Archivos de Sistema Operativo Windows Ejercicios: Gestionar íconos personalizados para Carpetas y Subcarpetas; Manejo vistas personalizadas de Archivos.
T.4	Uso Explorador de Archivos de Sistema Operativo Windows Ejercicios: Gestionar íconos personalizados para Carpetas y Subcarpetas; Manejo vistas personalizadas de Archivos.
T.5	Uso de Aplicaciones de Localización como Waze y Google Maps Ejercicios: Navegación con Múltiples Paradas en Google Maps; Personalización de experiencia de navegación en Waze.

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	HINOJOSA CASTILLO ALEJANDRO		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	COMPUTACIÓN Y USO DE CELULARES BÁSICO	MAR 12:15-14:15	---	JUAN ESTEBAN MONTERO 5449	5
T.7	INTELIGENCIA ARTIFICIAL BÁSICO	VIE 13:10-15:10	---	CHESTERTON 7159	4
T.8	INTELIGENCIA ARTIFICIAL BÁSICO	MAR 17:15-19:15	---	REINA ASTRID 880	7
T.9	INTELIGENCIA ARTIFICIAL BÁSICO	MIE 17:15-19:15	---	COLICHEO 1985	7
T.10	USO DE CELULARES BÁSICO	MIE 15:00-17:00	---	COLICHEO 1985	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Uso de Aplicaciones de Localización como Waze y Google Maps Ejercicios: Navegación con Múltiples Paradas en Google Maps; Personalización de experiencia de navegación en Waze.
T.7	Manejo Chats de Inteligencia Artificial para efectos Generativos Ejercicios: Producción de Video Asistida por IA a partir de Texto; Identificación y Análisis Musical con IA; Creación y Experimentación Musical con IA.
T.8	Manejo Chats de Inteligencia Artificial para efectos Generativos Ejercicios: Producción de Video Asistida por IA a partir de Texto; Identificación y Análisis Musical con IA; Creación y Experimentación Musical con IA.
T.9	Manejo Chats de Inteligencia Artificial para efectos Generativos Ejercicios: Producción de Video Asistida por IA a partir de Texto; Identificación y Análisis Musical con IA; Creación y Experimentación Musical con IA.
T.10	Uso Tienda de Aplicaciones para Móviles Ejercicios: Navegación y Búsqueda de Apps; Descarga, Instalación y Desinstalación de una App; Manejo de Indicadores básicos de Selección.

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	HINOJOSA CASTILLO ALEJANDRO		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS BÁSICO	MAR 15:00-17:00	---	REINA ASTRID 880	9
T.12	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS BÁSICO	LUN 16:15-18:15	---	GLAMIS 3404	5
T.13	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS BÁSICO	JUE 16:00-18:00	---	GLAMIS 3404	5
T.14	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS BÁSICO	JUE 11:15-13:15	---	LA CAPITANÍA 255	5
T.15	USO DE TELEFONOS INTELIGENTES	JUE 09:00-11:00	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	10

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Uso Aplicación WhatsApp para Móvil Ejercicios: Gestionar Almacenamiento y Copias de Seguridad; Gestionar Privacidad y Seguridad.
T.12	Uso Aplicación WhatsApp para Móvil Ejercicios: Gestionar Almacenamiento y Copias de Seguridad; Gestionar Privacidad y Seguridad.
T.13	Uso Aplicaciones de Nubes Ejercicios: Gestionar Cargas y descargas de Archivos; Crear Contenido en la Nube; Gestionar manejo de archivos compartidos en la Nube.
T.14	Uso Aplicaciones de Nubes Ejercicios: Gestionar Cargas y descargas de Archivos; Crear Contenido en la Nube; Gestionar manejo de archivos compartidos en la Nube.
T.15	Uso Tienda de Aplicaciones para Móviles Ejercicios: Navegación y Búsqueda de Apps; Descarga, Instalación y Desinstalación de una App; Manejo de Indicadores básicos de Selección.

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	HINOJOSA CASTILLO ALEJANDRO		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.16	USO DE TELEFONOS INTELIGENTES	LUN 11:30-13:30	---	CURACO 1886(CAM EL CANELO)	9
T.17	USO DE TELEFONOS INTELIGENTES	VIE 15:30-17:30	---	APOQUINDO 9082 CAM LOS DOMINICOS	8
T.18	---	---	---	---	
T.19	---	---	---	---	
T.20	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.16	Uso Tienda de Aplicaciones para Móviles Ejercicios: Navegación y Búsqueda de Apps; Descarga, Instalación y Desinstalación de una App; Manejo de Indicadores básicos de Selección.
T.17	Uso Tienda de Aplicaciones para Móviles Ejercicios: Navegación y Búsqueda de Apps; Descarga, Instalación y Desinstalación de una App; Manejo de Indicadores básicos de Selección.
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. HINOJOSA CASTILLO ALEJANDRO, 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. HINOJOSA CASTILLO ALEJANDRO.

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

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

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCIÓN: La Capilla 28

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Martes 10:00

F. INICIO

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA:
(Con menos del número de niños es difícil continuidad del taller)

F. TERMINO

PROGRAMA

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SEXO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA																				
1	[illegible]		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
3	[illegible]		P	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	P
5	[illegible]		P	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	P
7	[illegible]		P	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
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

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

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

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BLACK) 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.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Basica	Gimnasio Campo Deportivo

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
[illegible]	Lunes 7-8 hrs

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA
19/3/25		

F. TERMINO	PROGRAMA
28/6/25	

N°	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	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	[illegible]	P	P	P	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	A	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	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	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	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	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	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	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 "F" (BLACK) 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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
COMPUTACION BASICA	Tolten 8115

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ALEJANDRO HINOJOSA C.	Viernes 10⁰⁰ 12⁰⁰

	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
	SESIONES / FECHA		4/4/25	11/4/25	18/4/25	25/4/25	2/5/25	9/5/25	16/5/25	23/5/25	30/5/25	6/6/25	13/6/25	20/6/25	27/6/25	4/7/25	11/7/25	18/7/25	25/7/25	1/8/25	8/8/25	15/8/25
1	ZAMORANO	Susana	P	P		P	R															
2	ABRAHAM	Juana	J	J		P	P	P	J	P	P	P	P		P	P	P	P	P	J	P	
3	ORELLANA	Cynthia	J	J	P	J	J	J	J	J	P	J	J		J	J	J	A				O
4	KICH	Josefa	J	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	O	J	J	J	A				D
5	RODRIGUEZ	Antonieta	P	P	I	J	P	P	J	J	J	J	J	A	J	J	J	J	P	J	J	A
6	BONVAHET	Myriam	P	P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	O	J	P	P	P	P	P	P	R
7	ZANCA	Eleonora	P	P	E	P	J	P	P	P	P	P	P	I	P	P	P	P	P	P	P	I
8	ASTODILLO	Alfredo	P	P	L	J	J	J	P	P	P	P	P	R	P	J	P	J	P	P	J	R
9	SCHWERGER	Camen	P	J		J	J	J	J	J	J	J	J	E	A							E
10	MARQUEZ	Leda	/	/		/	/	/	/	J	J	P	J	T	J	J	A					T
11	ELGUETA	Luis					P	P	J	J	J	P	P		P	P	P	P	J	J	P	
12	RIESCO	Ana María									P	P	J		R							
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION																					

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

Planilla Control de Asistencia

Taller: COMPUTACION BASICO

Lugar: CENTRO COMUNITARIO PATRICIA

Profesor: ALEJANDRO HINOJOSA CASTILLO

Dia - Horario: SABADO 10:00 A 12:00 HRS

	Nombre Alumnos (Favor de usar letra imprenta)	SESIONES / Nº FECHAS	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
			05-jul	12-jul	19-jul	26-jul	02-ago	09-ago	16-ago	23-ago	30-ago	06-sept	13-sept	20-sept	27-sept	04-oct	11-oct	18-oct
1	ALEX ALISTE		P	P	P	P	P	P	J									
2	EDUARDO ARENAS		P	P	P	P	P	P	J									
3	YENNY CORASPE		P	P	J	P	P	P	J									
4	PAULETTE FEREZ		P	J	J	P	J	J	P									
5	WILMA GALARZA		P	P	P	P	P	P	E									
6	GRACIELA LUCERO		P	P	P	P	P	J	N									
7	ROGER OJEDA		P	P	P	P	J	P	D									
8	LUCILA RAMOS		/	/	/	R			I									
9	ORFELINDA SILVA		/	/	R				D									
10	JAIME TELLEZ		P	P	P	P	P	J	A									
11	GUILLERMO MARDONES					P	P	P										
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		

Nº Asistentes por sesión	8	7	6	9	7	6											
% Asistencia por sesión																	
% Promedio asistencia acumulado																	

Marque con una "P" si alumno asistio a clases

Marque con un "/" si alumno no asistio a clases

Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
A. [illegible] C.	Martes 10 a 12

F. INICIO	DEPARTAMENTO
12/2/25	

F. TERMINO	PROGRAMA
20/6/25	

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

N° SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FECHA	12/2	19/2	26/2	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
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)																				
1 [illegible] [illegible]	P	/	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J
2 CARRERA [illegible]	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P
3 [illegible] [illegible]	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 [illegible] [illegible]	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
5 ALVAR [illegible]	/	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J
6 [illegible] [illegible]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/
7 PADRON [illegible]	–	–	–	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
8 LAGENAS [illegible]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 CONTRERAS [illegible]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/
10 PINTO [illegible]												P	J	J	J	J	J	J	J	P
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
N° DE ASISTENTES POR SESION																				

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

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

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.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Computación y Uso Básico	Juan Esteban Montero 5449

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Alejandro Huerpa C.	Martes 12⁰⁰ 14⁰⁰

N	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
	SESIONES / FECHA	6/5/25	13/5/25	20/5/25	27/5/25	3/6/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	8/7/25	15/7/25	22/7/25	29/7/25	5/8/25	12/8/25	19/8/25	26/8/25	2/9/25	9/9/25	16/9/25
1	CACERES Carmen	P	P	J	S	P	P	P	P		P	P	J	P	P	J	P				
2	GONZALEZ Xenia	P	P	P		P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P				
3	VASQUEZ Eugenia	P	P	P		J	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P				
4	PEÑA Roxana	P	P	P	N	P	P	P	J	CLASES	J	J	J	P	P	P	J				
5	ABAYA Jeanette	P	P	P		P	P	J	J		P	J	P	P	J	P	J				
6	MORETTI Sergio	P	P	P	R	P	P		P		P	P	P	P	J	P	P				
7	ROJO Susana	J	P	J		(R)															
8	JARA Blanca	/	/	/		/	/	/	/	SIN	/	/	/	/	/	/	/				
9	CANO Manuel						P	P	P		P	P	P	P	P	P	J				
10					(CONTINUAR MAÑANA)					(CONTINUAR MAÑANA)											
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION																				

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

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

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION	F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA :
INTELIGENCIA ARTIFICIAL BASICA	Chesterton 7159	21/3/25	Desarrollo Comunitario	(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER	F. TERMINO	PROGRAMA
ALEJANDRO HINRICHS	Viernes 13:00 15:00	27/6/25	

N°	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
	SESIONES / FECHA	21/3/25	28/3/25	4/4/25	11/4/25	18/4/25	25/4/25	2/5/25	9/5/25	16/5/25	23/5/25	30/5/25	6/6/25	13/6/25	20/6/25	27/6/25	4/7/25	11/7/25	18/7/25	25/7/25	1/8/25
1	KRAUL Pentro	P	P	P	P		P		P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P
2	OTERO María José	P	P	P	P		P		P	J	P	P	J			P	P	P	P	P	J
3	ARABIAZA Gonzalo	P	P	R																	
4	PINEDO Andrés	P	P	/	P		P	J	J	P	P	P	J			P	P	J	P	P	P
5	GUTIERREZ Pablo	P	/	P	J		P		J	J	P	P	J			P	P	J	P	P	
6	ZUNIGA Sylvia	/	/	/	/		/		/	/	R										
7	MUNICA Axel	/	/	/	/		/		/	/	P	J	P			P	P	P	P	P	P
8	LOPEZ Loreto	/	/	/	P		J		P	P	P	J	J			P	P	P	J	J	J
9	QUINTER Tomy	/	/	/	/		/		/	J	J	J	J			J	J	A			
10	CASTRO Claudia			P	P		P		P	R											
11	CORNEJO Doris		P	P	J		P		J		J	J	J			J	J	A			
12	FUENZA Maritz										P	P	P			P	P	P	J	P	R
13	SOLDAPAN Claudia										P	P	P			P	P	P	J	P	R
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	N° DE ASISTENTES POR SESION	15	15	15	15	16	14	13	12	16	14										

N°	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)
	8/9/25	15/9/25	22/9/25	29/9/25	5/10/25	12/10/25	19/10/25	26/10/25	2/11/25	9/11/25	16/11/25	23/11/25	30/11/25									
1	/																					
2	/																					
3	/																					
4	/																					
5	P																					
6	/																					
7	P																					
8	P																					
9																						
10																						
11																						
12	P																					
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BLACK) 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.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Intervención Artesanal Básico	Plaza Andrel 890

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Alejandro Hinojosa C.	Martes 17 a 19 hrs

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18/9/25	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
25/11/25	

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del número se debe anular continuidad del taller)

Nº	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
	SESIONES / FECHA	18/9	23/9	25/9	30/9	2/10	7/10	9/10	14/10	16/10	21/10	23/10	28/10	30/10	4/11	6/11	11/11	13/11	18/11	20/11	25/11
1	Pavez Pedro	P	/	/	/	R															
2	Benza Sylvia	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
3	Metz Gerhard	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Muñoz Rosa	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P
5	Ramírez Franco	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
6	Gorman María Angélica	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
7	Figueroa Jorge	/	/	/	/	R															
8	Larrabeitel Nora Edith	/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P
9	Leys Roberto	–	P	/	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	R			
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																				

Nº	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	2/12	9/12	16/12	23/12	30/12	7/1	14/1	21/1	28/1	4/2	11/2	18/2	25/2	4/3	11/3	18/3	25/3			
1																				
2	P	P	P																	
3	P	P	P																	
4	P	P	P																	
5	P	P	P																	
6	P	J																		
7																				
8	P	J																		
9																				
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)

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.

FIRMA PROFESOR

Inteligencia Artificial

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Alejandro Hinojosa Castillo	Junta de Vecinos Bilbao Duqueco

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
	Miércoles de 17:15 a 19:15

	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
			2 Abril	9	16	23	30	7 Mayo	14	21	28	4 Junio	11	18	25	2 Julio	9	16	23	30	6 Agosto	13
1	Abarca Quina Mirna		P	/	/	/	Feriado	/	P		P	P	P	P	P	P	P		J	P	P	P
2	Muñoz Contreras Jorge		P	P	/	/		/	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P
3	Alfaro Bravo Mª Eugenia		P	P	P	P		P	/	Feriado	J	P	P	P	P	J	P		P	J	P	P
4	Alquinta Sirvent Margarita		P	P	/	P		P	/	P	J	J	P	P	P	P	P	Feriado	P	P	P	P
5	Carrazana Mondaca Ynes		P	/	P	P		P	P	P	P	J	J	P	P	P	P		J	P	J	P
6	Hasemberg Velasco Yolanda		P	P	/	P		P	P	Feriado	P	P	P	J	P	P	P	Feriado	P	P	P	P
7	Castillo Sandra		P	/	/	/	J	/	/													
8	Bustos Francisco		/	/	/	P	/	P	P		J	P	P	P	J	J	P		P	P	P	P
9	Guzman Tapia Alejandro										P	P	P	J	P							
10	Opitz Pablo								P		/	/	/	/	/	/	/		/	/	P	/
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION																					

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

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Uso Cerebro Físico	Colcheo 1785

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Alejandro Hinojosa C.	Miércoles 15⁰⁰ 17⁰⁰

	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
	SESIONES / FECHA	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	21/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25	16/7/25	23/7/25	30/7/25	6/8/25	13/8/25
1	Guzman Yañez Laura E	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	J	J		J	P	P	P
2	Alquinta Sirvent Margarita	P	P	/	P	P	P	J		J	J	P	P	P	P	P		P	P	P	P
3	Cordero Parraguez Lucia	/	/	/	/	/	/	R	A	—											
4	Alvear Soler Dinelly	/	/	/	P	P	J	P	T	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P
R 5	Maravol, Barattini Marcos	P	P	P	P	J	J	J	R	J	J	R	—				R				
6	Carrazana Mondaca Jnos	P	/	P	P	P	P	P	I	P	J	J	P	P	P	P	I	J	P	J	P
* 7	Quezada Pinango Jose H.	/	/	/	/	/	/	/	A	/	/	/	/	/	/	/	E	/	/	/	/
8	Vial Pérez Cotapos Mabdad.	P	P	P	P	P	J	P		P	P	P	P	P	J	J	N	J	(P)		
9	Gayton Zamora Galvarino	P	P	P	P	P	J	P		P	P	P	J	P	J	J		J	(R)		
10	Carreño Araya Ma Angélica						P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	J	P	P
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 "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Ch. Mayores Bienestar Físico	Rancagua Norte

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Alejandra Manzoja	Martes 11:00 hrs

F. INICIO	DEPARTAMENTO
16/9/25	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
25/11/25	

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

Nº	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
SESIONES / FECHA		16/9	23/9	1/10	8/10	15/10	22/10	29/10	5/11	12/11	19/11	26/11	3/12	10/12	17/12	24/12	31/12	7/1	14/1	21/1	28/1
1	[illegible] [illegible]	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P
2	[illegible] [illegible]	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P
3	[illegible] [illegible]	P	R																		
4	[illegible] [illegible]	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	[illegible] [illegible]	/	/	P	P	/	/	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	[illegible] [illegible]	/	/	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P
7	[illegible] [illegible]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	R								
8	[illegible] [illegible]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	R										
9	[illegible] [illegible]									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	[illegible] [illegible]									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	[illegible] [illegible]									P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	
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 " / " (RAYITA) 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.

Nº	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
SESIONES / FECHA	5/12	12/12	19/12	26/12	2/1	9/1	16/1	23/1	30/1	6/2	13/2	20/2	27/2	4/3	11/3	18/3	25/3			
1	P	P	P																	
2	J	P	P																	
3																				
4	P	P	P																	
5	J	P	P																	
6	P	P	P																	
7																				
8																				
9	P	R																		
10	P	P	P																	
11	J	R																		
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

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

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

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

F. INICIO	DEPARTAMENTO
[illegible]	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
[illegible]	

INSCRIPCIÓN MÍNIMA
(Con menos de ninguno no debe evaluar continuidad del taller)

SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	[illegible]																			
	1	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	2	P	P	P	(P)																
	3	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	4	P	J	J	P	P	J	P	J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J
	5	/	/	/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P
	6	/	/	/	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	/	J	J	J	J	J	J
	7	/	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	J	J	J	J	P	P	P	J
	8	/	P	/	J	J	J	J	J	(P)											
	9										P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P
	10									P	J	J	P	P	P	P	J	J	(P)		
	11																				
	12																				
	13																				
	14																				
	15																				
	16																				
	17																				
	18																				
	19																				
	20																				
	21																				
	22																				
	23																				
	24																				
	25																				

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
INQUIRA [illegible]		
[illegible]		

ENTES POR SESIÓN

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

OLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN
RES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX
NTO SERÁ DE CARACTER OBLIGATORIO.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Mantenimiento Tonos Los Ángeles	Gimnasio Grande

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Antonio Huerta Castro	Jueves 16:00

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/3/26	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
27/11/26	

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

Nº	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
SESIONES / FECHA		20/3	26/3	2/4	9/4	23/4	30/4	7/5	14/5	21/5	28/5	4/6	11/6	18/6	25/6	2/7	9/7	23/7	30/7	6/8	13/8
1	Urrutia Verónica	P	P	P	P	P	P		J	J	J	J	P	P	J		J	P	P	J	P
2	Leiva Patricia	P	P	J	J	P	P		J	J	P	P	P	P	P		J	P	P	P	P
3	Thackeray Jack	P	P	P	J	P	J		P	P	P	P	P	J	J		P	J	P	P	P
4	Vial Lilian	P	J	P	J	J	P		P	P	P	J	J	P	P		J	P	J	J	J
5	Gangas Luz	P	P	P	P	P	J		P	J	P	P	P	P	P		J	P	P	P	
6	Carrasco Irma	J	P	P	P	P	J		P	P	P	J	J	P	P		J	P	P	J	
7	Álvarez Mario	J	J	J	J	J	P		P	P	P	J	P	J	J		J	J	P	P	
8	Del Campo Lilian	J	P	P	P	J	J		P	J	J	J	P	J	P		P	P	P	P	J
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

(Reprogramada 26/6/26) INASISTENCIA

Nº	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
SESIONES / FECHA	27/8	3/9	10/9	17/9	24/9	1/10	8/10	15/10	22/10	29/10	5/11	12/11	19/11	26/11	3/12	10/12	17/12		26/6/26	
1	P	J																		
2	P	P																		
3	P	P																	P	
4	J	J																		
5	J	P																	P	
6	P	J																	P	
7	P	J																		
8	P	P																	P	
9																				
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)

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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 MEDICO, 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.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
[illegible]	La Capitana 255

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Alejandro Huerta	Jueves 11:15 13:15

F. INICIO	DEPARTAMENTO
29/7/25	

F. TERMINO	PROGRAMA
27/11/25	

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

SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FECHA	29/7/25	5/8/25	12/8/25	19/8/25	26/8/25	2/9/25	9/9/25	16/9/25	23/9/25	30/9/25	7/10/25	14/10/25	21/10/25	28/10/25	4/11/25	11/11/25	18/11/25	25/11/25	2/12/25	9/12/25
1 [illegible] Maria	P	P	P	P	J	P		J	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P
2 LUNCHOPOLA Evelyn	P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	P	P	J	J	P				
3 VANIHA Elba	P	P	P	P	P	P		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 GADUIA Ana Luisa	P	J	P	P	P	P		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 CARRASCO Valeria	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 FERRER Rocío	P	P	J	P	P	P		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
7 CARDOS Andrea	/	P	P	J	J	P		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	J	P
8 CAMPANO Ana María	-	P	-	P	P	J		J	J	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	J
9 VICUÑA Luz	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/	(P)					
10 BAEZA Olga									P	J	J	/	/	/	(P)					
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
N° DE ASISTENTES POR SESION																				

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

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

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BLACK) 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.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
USO DE TELEFONOS INTELIGENTES	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ALEJANDRO HINOJOSA CASTILLO	JUEVES 09:00 A 11:00 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		FECHA	03/07/2025	10/07/2025	17/07/2025	24/07/2025	31/07/2025	07/08/2025	14/08/2025	21/08/2025	28/08/2025	04/09/2025	11/09/2025	18/09/2025	25/09/2025			
1	ATRIA CIFUENTES MANUEL AGUSTIN		P	P	P	P	P	P	P					FERIADO				
2	FARIÑA MARTINEZ OSVALDO JOSE		J	/														
3	FUENTES URZUA PATRICIA XIMENA		J	/	P	P		P	P									
4	FUENZALIDA VASQUEZ PATRICIA		P	/	P	P		P	P									
5	GANA ESPINOSA GLORIA EUGENIA		P	P	P		P											
6	KRAUSE SCHWARTINSKIY ANA LUZ ORIETTA		P	/														
7	MARDONES WEISS ADRIANA		P	P	P	P	P	P	P									
8	SAFFER SCHNETTLER JORGE		P		P													
9	SOLA MARTI NURI TERESA		P	P	P	P	P	P	P									
10	YAÑEZ VASQUEZ MARIA DOLORES		P	P	P	P	P	P	P									
11	ZARATE ZARATE JOVITA ORIELA		P	P	P	P	P	P	P									
12	Montes Videla Gonzalo.		P	P	P	P	P	P	P									
13	Delgado Florentina.		-	P	P		P	P	P									
14	REYES FIGUEROA LUIS		-	-														
15	ECHEVERRIA JULIA					P		P	P									
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

N° DE ASISTENTES POR SESION																	
% DE ASISTENCIA POR SESION																	
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																	

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

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
USO DE TELEFONO INTELIGENTE	CIRCULO DE ENCUENTRO EL CANELO

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ALEJANDRO HINOJOSA	LUNES DE 11:30 A 13:30 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
			04-ago	11-ago	18-ago	25-ago	01-sept	08-sept	15-sept	22-sept	29-sept	06-oct	13-oct	20-oct	27-oct	03-nov	10-nov	17-nov	24-nov
1	AGUILAR SEPULVEDA JULIO CELESTINO		P	/															
2	ATHENS CABRERA GISELA FATIMA		/	P	P														
3	BUGUEÑO HUERTA MYRIAM CRISTINA		P	P	P														
4	CERDA SAN MARTIN LUCY		P	/	P														
5	ESPINOZA VALENZUELA ENRIQUETA DEL CAR		/	/															
6	GAMBOA OYARCE HEDY INES		/	/															
7	GOMEZ-BARRIS HENRIQUEZ LUZ DEL VALLE		P	P	P														
8	HERNANDEZ BAEZA CARMEN ROSA		P	P	P														
9	HERNANDEZ BAEZA SILVIA ALICIA		P	P	P														
10	JARA MAYORGA TATIANA DEL CARMEN		/	/															
11	LAGOS SALINAS ERNESTO		P	P	P														
12	ROJAS DUBRAVCIC EMMA DEL CARMEN		P	P															
13	SADA AZAR VICTORIA		J	J															
14	URZUA CARRIZO MARIA ROSA DE LAS ME		P	/	P														
15	Gómez Espinoza Renato Ricardo		P	P															
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
	Nº DE ASISTENTES POR SESION																		
	% DE ASISTENCIA POR SESION																		
	% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

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

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

USO DE TELEFONOS INTELIGENTES	LUGAR DE EJECUCION
SERVICIOS 19	CÍRCULO DE ENCUENTRO LOS DOMINICOS

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
HINOJOSA CASTILLO ALEJANDRO	VIERNES 15:30 - 17:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			01/08/2025	08/08/2025	15/08/2025	22/08/2025	29/08/2025	05/09/2025	12/09/2025	19/09/2025	26/09/2025	03/10/2025	10/10/2025	17/10/2025	24/10/2025	31/10/2025	
1	ATAL YAQUICH VICTORIA		P	P													
2	BRENNER FRIEDMANN BEATRIZ		/	P													
3	CAMUS LUDERS CARLOS HERIBERTO		P	P													
4	CAMUS LUDERS MARIA ISABEL		P	P													
5	CASTRO GONZALEZ FRANCISCO JAVIER		P	P													
6	DEL RIO ROJAS ERIKA VIVIANA		P	P	Feriado												
7	GODOY ILLANES CARMEN GLORIA		/	P													
8	LEPE VERA JACQUELINE DOLORES		P	P													
9	MULLER STILLNER LOUISE MARIA JOSE		/	P													
10	SOLANO SILVA FANNY ROSA		/	P													
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
	N° DE ASISTENTES POR SESION																
	% DE ASISTENCIA POR SESION																
	% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																

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