



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	LAGOS VASQUEZ GABRIEL FERNANDO		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	MAR 14:15-16:15	---	██████████	6
T.2	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	MAR 11:45-13:45	---	██████████	8
T.3	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	MAR 16:45-18:45	---	██████████████████	2
T.4	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	MAR 09:30-11:30	---	██████████	8
T.5	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	LUN 17:15-19:15	---	██████████	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Descarga e instalación de True Caller / Concepto de Play Store v/s Apps Store / Nueva ley con prefijos 600 y 809 / Uber → Descarga de app, configuración y uso / integración de tarjeta débito, crédito v/s efectivo / Compartir ubicación
T.2	Excel → Conceptos generales, creación de tablas (introducción), manejo de operaciones básicas / WhatsApp → Mensajes de audio simple y manos libres / Cómo pausar un audio // Concepto de IA generativa v/s IA General / Fotos
T.3	Mac Book → Análisis de ventanas, botones de maximizar, minimizar, cerrar / Cómo encender y apagar / WhatsApp → Emoticones, GIF, Favoritos // Extraer de Google láminas de saludo → Copiar, pegar, capturas de pantalla, compartir
T.4	Nueva ley con prefijos 600 v/s 809 / Revisión de nueva app "SimplePark" → Agregar patente y tarjeta débito o crédito // Concepto de Wifi v/s Plan de datos // Pago online de talleres / Notebook → cómo utilizarlo, creación de carpetas
T.5	WhatsApp → Emoticones, GIF, Favoritos / Mensajes de audio → Simple v/s Manos libres / Cómo eliminar un audio antes de enviar mensaje / Envío de mensaje modo confidencial // Convertir un archivo a PDF / Pago online - Talleres

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



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	LAGOS VASQUEZ GABRIEL FERNANDO		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	JUE 13:20-15:20	---		4
T.7	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	LUN 09:00-11:00	---		6
T.8	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	LUN 11:15-13:15	---		6
T.9	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	MIE 16:30-18:30	---		6
T.10	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	JUE 16:00-18:00	---		6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Uber → Descarga de la app / Configuración / Agregar tarjeta débito, crédito v/s efectivo // WhatsApp → Emoticones, GIF, Favoritos // Google Maps → Uso, ingreso de dirección, iniciar trayecto // Pago de Talleres online // Tips segurid.
T.7	Código QR / Concepto de app v/s programa / Concepto de archivo PDF / Cómo leer un archivo PDF / Pago online de Talleres / Envío de correos con adjunto y descargarlo / Concepto de Malware v/s Adware v/s Virus / Galerías / Fotos
T.8	WhatsApp → Emoticones, Verificación en dos pasos // Nueva ley con Prefijos: 600 y 809 // Pago online de Talleres // Cómo hacer una llamada individual en un Grupo WhatsApp // Uber → Agregar tarjeta débito o Crédito v/s efectivo
T.9	WhatsApp → Emoticones, GIF, Favoritos / Creación de Favoritos usando IA y Cámara // Cómo silenciar una llamada entrante // Diferencias entre un iPhone v/s Android // Video llamadas de WhatsApp // Comunicac. → Cables submarin.
T.10	Uso de app Alarmas en el teléfono → Creación, sonidos y frases habladas // Google Fotos v/s Galería // WhatsApp → Cambio de foto de perfil // Cómo compartir un contacto de la Agenda Telefónica // Pago online de Talleres // IA gener.

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



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	LAGOS VASQUEZ GABRIEL FERNANDO		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	LUN 15:00-17:00	---		6
T.12	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS BASICO	MIE 11:00-13:00	---		6
T.13	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	VIE 14:00-16:00	---		4
T.14	COMPUTACION Y USO DE CELULARES BASICO	VIE 11:00-13:00	---		3
T.15	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	IA de Meta → Editar, copiar y pegar una información de la IA en un correo electrónico // Creación de una Cuenta de correos Gmail // Compartir ubicación usando WhatsApp // Uber → Descarga de la app, configuración y uso // Fotos
T.12	WhatsApp → Creación de grupos en Android y iPhone // Archivos PDF → Creación y lectura // Concepto de archivo // Uso de una Tablet → Descarga de WhatsApp // Estados de WhatsApp → Concepto, creación y utilización // Emogis
T.13	Concepto de enlace (links) // WhatsApp → Emoticones, GIF, Favoritos / Avatar → Creación, concepto y usos // Compartir ubicación usando WhatsApp // Tips de seguridad → Llamadas entrantes, cómo responder / posibles fraudes
T.14	WhatsApp → Emoticones, GIF, Favoritos // Uso (repaso) de la app Samsung Notes / para qué se usa / Configuración // Google Fotos v/s Galería // IA de Meta (introducción) / IA Generativa v/s General → Riesgos futuros // Códigos
T.15	

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. LAGOS VASQUEZ GABRIEL FERNANDO, 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. LAGOS VASQUEZ GABRIEL FERNANDO.

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



Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

11/11/2016

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Compt. y albar	fuente de neóns C3
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORAS DE EJECUCION DEL TALLER
Gall & L. Gaspar Vasquez	Martes 1945-1946

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR REGION	5	7	7	6	6	8	7	2	8	6	6	2	6	6	7	3	2	3	6	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UN "1" (BLANCO) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "2" 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, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO 17/02/85	DEPARTAMENTO GECION DE TALENTO	INSCRIPCION MINIMA : 6 (Cada minuto del minuto se debe registrar con el nombre del lector)
F. TERMINO 30/11/85	PROGRAMA T.M. ADMINISTRACION	

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

66.51
FIRMS PROFESSOR

11

PLANILLA CONTROL

[illegible]

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "I" (SI LACI) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

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

66.51
FIRMA PROFESSOR

(JV C4) - martes 16:45 a 18:45

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Completos talleres</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Junta de Vecinos C4</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Carl P. Lopez Viquez</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Martes 16:45 - 18:45</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimida)	SECCION	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 MARIA TRINIA GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 ANA ROSA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 LUIS VIMARRA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 MARIA ELENA RIVERO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 LUCY SANTANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 MERCEDES PRADO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 CRISTINA CUEVAS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 MARIA ELENA FORTALE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 RAFAEL ROSA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 RICARDO VILLALBA	P	P	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 SECCION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "I" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBIX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO <i>11/03/15</i>	DEPARTAMENTO <i>GESTION DE TALLERES</i>	INSCRIPCION MINIMA: <i>6</i> (Con minima del minimo es de 6 horas de asistencia)
F. TERMINO <i>30/04/15</i>	PROGRAMA <i>TALLERES DE DESARROLLO</i>	

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

GL. J.
FIRMA PROFESOR

(JV C5) - martes 09:15 a 11:15

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Colección de libros	Centro de la Escuela C.S.
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Carl F. L. y J. P. L.	Martes 09:15 - 11:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Ivonne Sarría	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Horacio Ríos	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Teresa Cárdenas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Enrique Riquelme	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. María Ovella	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Macarena Herrera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Samuel Guzmán	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Fernando Mendoza	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. Rosa Pérez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. Herman Zúñiga	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. Carmen Olaya	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARKER CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
MARKER CON UNA "N" SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
MARKER 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, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA:
11/03/21	GESTIÓN DE TALENTO	6
F. TERMINO	PROGRAMA	
30/04/21	TALL. RECREATIVO/DEPORTIVO	

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

66.11
FOLIO 11

100

PLANILLA CONTROL

[illegible]

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

DE ASISTENCIA

[illegible]

GL.1
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Compt. y finanzas	Junta de Vecinos C3
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Gut. F. C. gai. D.	Lunes 09 ⁰⁰ - 11 ⁰⁰

[illegible][illegible]

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA: <u>6</u> (Casi miembro del sistema en dicho realizar confluencia del taller)
12/03/75	Colección de TALLERES	
F. TERMINO	PROGRAMA	
30/04/75	TALLERES DE ACTIVIDADES DEBIDAS	

[illegible]

66.51
SIRMA PROFESSOR

(JV C3) - lunes 11:15 a 13:00

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Comp. y guitarra	Junta de Vecinos, C3
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Gilda F. L. y Virgilio	Lunes 11:15 a 13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Edith Salas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Javier Narlaone	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Diana Belmar	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Virginia Robson	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Angeline Guevara	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Teresa Palma B.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Maria Gabriela Robson	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "I" (SI/NO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
11/03/15	DEPTO. GESTIÓN DE TALLERES	(Con menos del mínimo se debe cancelar continuidad del taller)
F. TÉRMINO	PROGRAMA	
30/11/15	TALLERES DE GIMNASIA Y AERÓBICO	

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

5 6 16

G.L.G.1
FIRMA PROFESOR

(JV C17) – miércoles 16:30 a 18:30

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Comp. y talleres</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Justo de Veneno C17</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Gil P. Liza Viquez</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Miércoles 16:30 - 18:30</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 ANA MARIA RIGUELME	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 RAQUEL BALCAIRO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 ANA MARGARETHA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 CECILIA MORAÑO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 VERONICA SOLIS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 FERNANDO ELIZABETH	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 PATRICIA MORANOS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 CATALINA VALENTIN	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: 4 2 1 4 5 4 5 3 4 3 6 6 3 4 4 4 3 6

MANQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MANQUE CON UNA "I" (BLANCO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MANQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JULIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, KATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO <i>17/03/25</i>	DEPARTAMENTO <i>CRISTIANOS DE TAMPARA</i>	INSCRIPCION MINIMA: <i>6</i> (Con fecha del primer día de asistencia)
F. TERMINO <i>30/04/25</i>	PROGRAMA <i>TALLERES MARCAJOS/40 min</i>	

	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																				

66.51
FIRMA PROFESOR

1000

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Compte y celleres	Inst. de Viena C2
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Guald. F. L. por Jacques	Jueves 16 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰

[illegible]

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : <u>6</u> (Con menos del mínimo se debe evaluar conformidad del taller)
<u>13/3/2015</u>	<u>GAJON DE TURABAI</u>	
F. TÉRMINO	PROGRAMA	
<u>30/11/2015</u>	<u>TAUR, RECURSOS DE SARAHO</u>	

[illegible][illegible]

61.1

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Compli. y cell. res.	Sancta de Veracruz C2
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Guillermo L. de los Angeles	Lunes 16:00 - 17:00

	S E M E S T R E	Nº A N O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			17. mayo	24. mayo	31. mayo	07. jun	14. jun	21. jun	28. jun	05. julio	12. julio	19. julio	26. julio	02. ago	09. ago	16. ago	23. ago	30. ago	06. sept	13. sept	20. sept	27. sept
1		FLIANA CASTIÑE	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/
2		MARIA SOLERAS MOLINA	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/
3		MARGARITA MONTERO	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/
4		INACIO SUERA	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/
5		GABRIELA CASTIÑO	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/
6		ADRIAN HERNANDEZ	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7		LUIS ARAUSCATA	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8		ROSARIO GARCIA	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
9		BENÍ YANEZ	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN			5	1	4	2	8	5	9	7	8	4	5	6	7	4	4	3	6	3	1	6

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
12/03/2014	GESTION DE TALLARES
F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2015	TALLARES RECREATIVOS, MIAARR

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 60
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

61.5.1
SIGNAL PROCESSOR

████████████████████

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Conti, alman	junta de vecinos C.R.
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Gael R. Lopez Vargas	Miércoles 11:00 - 13:00

[illegible][illegible]

SE DEBERÁ 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 SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : <u>6</u> (Con minimo del minimo ya debe evaluar cantidad del taller)
<u>12/03/25</u>	<u>GERENCIA DE TALENTO</u>	
F. TERMINO	PROGRAMA	
<u>30/04/25</u>	<u>TALL. AGRESIVOS/AGRESIVOS</u>	

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

LES ADULTO MAYOR?

(SI / NO)

PRESENTA CERTIF MEDICO

(SI / NO)

66.51
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Compt., ullars	Juan Faleba M. L. 200
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Carl R. Lopez Dominguez	Vicente 1900 - 16.45

[illegible][illegible]

BARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MAHGRE CON UN "I" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
 MAHQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO 01/02/2016	DEPARTAMENTO GRATIFICACIÓN DE TALLERES	INSCRIPCIÓN MINIMA : 6 (Con memoria del minuto a delo y alzar continuidad del taller)
F. TÉRMINO 20/11/2016	PROGRAMA TALL. APPLICATIVO/ORGANIZATIVO	

[illegible][illegible]

61-1
FILL, PRESOR

(JV C3) - viernes 11:00 a 13:00

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Comp. Pullman</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>Juan de Arco</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Gilberto Lizar Vargas</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Viernes 11:00 - 13:00</i>

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SEMANA	N°	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 ANA MARIA VILLAGAS	P	1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 ELONOR NUÑEZ	P	2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 MARTHA ROSAS	P	3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 MIRTA CHAVEZ	P	4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 CARMEN CENEBAL	P	5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 CARLOS VILLALBA	P	6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 MARCELA BARRERA	P	7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

6 6 2 6 6 5 6 1 3 3

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO <i>01/06/2015</i>	DEPARTAMENTO <i>GRATIA DE TAYARA</i>	INSCRIPCIÓN MINIMA : <i>6</i> (Con menos del mínimo se debe a valor continuidad del taller)
F. TÉRMINO <i>30/06/2015</i>	PROGRAMA <i>TAYARA ALUMNA/DEPARTAMENTO</i>	

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

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