

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

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

Nombre	ROZAS GUZMAN FRANCISCA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	JUE 15:30-17:30	---	[REDACTED]	7
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MIE 11:10-13:10	---	[REDACTED]	7
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 15:30-17:30	---	[REDACTED]	8
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	LUN 09:15-11:15	---	[REDACTED]	6
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MIE 15:30-17:30	---	[REDACTED]	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.
T.2	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.
T.3	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.
T.4	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.
T.5	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.

Firma prestador de los servicios	
---	--

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

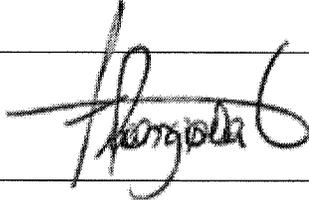
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ROZAS GUZMAN FRANCISCA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	VIE 15:00-17:00	---	[REDACTED]	7
T.7	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 15:00-17:00	---	[REDACTED]	7
T.8	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 12:30-14:30	---	[REDACTED]	5
T.9	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	LUN 11:40-13:40	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	10
T.10	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	JUE 09:00-11:00	---	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.
T.7	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.
T.8	Se realizaron actividades de agilidad mental, cálculo mental, memoria de trabajo, fluidez léxica a través de actividades lúdicas como, por ejemplo: Bingo matemático, juego de naipes, juegos de lógica y estrategias.
T.9	Se realizaron actividades de atención, lógica, memoria de trabajo, cálculo mental, resolución de problemas y estrategia, a través de actividades lúdicas, cómo panal matemático, encontrar la lógica, anagramas, y juegos de memoria verbal.
T.10	Se realizaron actividades de atención, lógica, memoria de trabajo, cálculo mental, resolución de problemas y estrategia, a través de actividades lúdicas, cómo panal matemático, encontrar la lógica, anagramas, y juegos de memoria verbal.

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

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

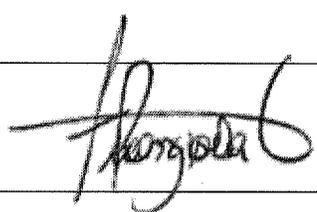
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ROZAS GUZMAN FRANCISCA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

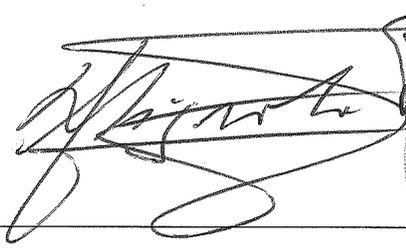
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	JUE 11:10-13:10	---	[REDACTED]	9
T.12	USO DE CELULARES BASICO	MIE 09:00-11:00	---	[REDACTED]	6
T.13	USO DE CELULARES BASICO	VIE 11:15-13:15	---	[REDACTED]	6
T.14	--	---	---	---	
T.15	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Se realizaron actividades de atención, lógica, memoria de trabajo, cálculo mental, resolución de problemas y estrategia, a través de actividades lúdicas, cómo panel matemático, encontrar la lógica, anagramas, y juegos de memoria verbal.
T.12	Se aprendió a ocupar app "Simple park", cómo funciona una tarjeta prepago bancaria y cómo comprar por internet.
T.13	Se aprendió a ocupar app "Simple park", cómo funciona una tarjeta prepago bancaria y cómo comprar por internet.
T.14	
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. ROZAS GUZMAN FRANCISCA, 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. ROZAS GUZMAN FRANCISCA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

1) T.1

PLANILLA CONTROL	
NOMBRE DEL TALLER ESTIMULACIÓN COGNITIVA BÁSICO	LUGAR DE EJECUCIÓN CENTRO COMUNITARIO ROSONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR FRANCISCA ROZAS GUZMÁN	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER JUEVES 13:30-17:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	DNI	MES DE MARZO																															
		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	
1. ANIPACAZA ESPINOZA ANITA SARGOLA	808712025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
2. BENEGAS VELAZCO MARCA SORCIA	108012025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
3. VICARIO LEFTELLEN MARIA ADELIANA	173077025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
4. GUARDON CORDERO RYAN JONAS	348070025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
5. LARAN BURBUSTA ALBERTO	316710025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
6. MENDOZA SANCHEZ PATRICIA	849910025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
7. MORALES GARCIA CARMEN	313967025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
8. ELIZABETH AGUIRRE ALICIA	313967025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
9. PEREZ GARCIA ROSAMUND	313967025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									
10. SANCHEZ GONZALEZ ROSA TERESA	313967025	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																									

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "Y" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "N" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

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

L DE ASISTENCIA

F. INICIO MARZO	DEPARTAMENTO REGION DE TALLERES	INDICACION MINIMA (Con mes del inicio se debe indicar condiciones de taller)
F. TERMINO NOV.	PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2023	

	MES DE MARZO																															¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
2	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
3	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
4	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
5	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
6	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
7	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
8	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
9	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO
10	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																										SI	NO


 FRANCISCA ROZAS GUZMÁN
 PROFESORA

2) T.2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Estimulación Cognitiva</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Chetklow 7159</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Francisca Rojas</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Viércoles 11:00 - 13:00 hrs</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SEXO	N	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Franklin Salazar	P	1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 José Tolosa	P	2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Cecilia Latona	P	3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Fernando Crothos	P	4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Francisco Daniels	P	5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Mylene Fernández	P	6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Patricia Fuente	P	7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Olga Díaz	P	8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Sara Oyazún	P	9	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Liborio Pinobat	P	10	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 SESIÓN	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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 <i>19-03-25</i>	DEPARTAMENTO <i>Depto de Gestión de Talleres</i>	INSCRIPCIÓN MINIMA : <i>8</i> <small>(Con meses del curso se debe evaluar constancia del taller)</small>
F. TERMINO <i>26-11-15</i>	PROGRAMA <i>Talleres preventivos y de desarrollo</i>	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	SEXO	N	FECHA																				¿ES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI/NO)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	P	1	P	P																			SI	NO
2	P	2	P	P																			SI	NO
3	P	3	P	P																			SI	NO
4	P	4	P	P																			SI	NO
5	P	5	P	P																			SI	NO
6	P	6	P	P																			SI	NO
7	P	7	P	P																			SI	NO
8	P	8	P	P																			SI	NO
9	P	9	P	P																			SI	NO
10	P	10	P	P																			SI	NO
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Francisca Rojas
FIRMA PROFESOR



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Estimulación Cognitiva LUGAR DE EJECUCIÓN: SV Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR: Estimulación Cognitiva DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Viernes 15:00 - 17:00 hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	MAYOR DE EDAD	DÍAS																									
		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	
1. <u>Laura Corrao</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <u>Bianca Zamora</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <u>Rafael Nardone</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <u>Andrés Celeda</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <u>Roberto Figueroa</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <u>Dra. de los Angeles Arellano</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <u>Nelson Rodríguez</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <u>Roberto Muñoz</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN: 6 12 11 10

MARKER CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARKER CON UN "N" SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
 MARKER CON UNA "A" SI ALUMNO HA ASISTIDO SIN PARTICIPACIÓN

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 AERÓBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 21-03-21 DEPARTAMENTO: Dpto. Gestión de Talleres INSCRIPCIÓN MÍNIMA: 6
 F. TÉRMINO: 28-03-21 PROGRAMA: Taller receptivo y de duelo
(Controlar la asistencia de los alumnos inscritos en el taller)

	DÍAS																									¿ES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI/NO)	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14			15
1	P	P	P	P	P	P	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	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	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	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	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	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	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	P	P	P	P	P	P	SI	NO

[Firma]
FIRMA PROFESOR

9) T.9

1. Resumen			
Título de la reunión	CLASE ONLINE: ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO - LUNES		
Participantes que asistieron	11		
Hora de inicio	8/11/25, 11:33:40 AM		
Hora de finalización	8/11/25, 1:41:02 PM		
Duración de la reunión	2 h 7 min 21 s		
Tiempo medio de asistencia	1 h 44 min 34 s		
2. Participantes			
Nombre	Primera entrada	Última salida	Duración de la reunión
ROZAS GUZMAN FRANCISCA	8/11/25, 11:46:54 AM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 54 min 7 s
Ana María Rojas	8/11/25, 11:47:05 AM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 53 min 57 s
maria jose mahu martinez	8/11/25, 11:47:05 AM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 53 min 56 s
MiriamStoulman (No comprobado)	8/11/25, 11:47:05 AM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 53 min 56 s
priscilla soto (No comprobado)	8/11/25, 11:47:06 AM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 53 min 56 s
Cristian Vial (No comprobado)	8/11/25, 11:47:06 AM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 53 min 55 s
jessika (No comprobado)	8/11/25, 11:49:05 AM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 51 min 56 s
Laura (No comprobado)	8/11/25, 11:49:23 AM	8/11/25, 1:41:00 PM	1 h 51 min 36 s
amelia (No comprobado)	8/11/25, 11:49:43 AM	8/11/25, 12:52:12 PM	1 h 2 min 28 s
Priscilla (No comprobado)	8/11/25, 11:56:09 AM	8/11/25, 1:40:59 PM	1 h 44 min 50 s
Adriana (No comprobado)	8/11/25, 12:24:54 PM	8/11/25, 1:41:02 PM	1 h 15 min 39 s

11) T.11

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Entrenamiento Deportivo</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Colegio 2154</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Marlene Rojas</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Sabado 11:00 - 13:00 hrs</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	E M P E Ñ A	D																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <i>Luisa Latorre</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>Nº Eugenia Senafo</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <i>Liliana Hidalgo</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <i>Liliana Kaling</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <i>Nº María Encarnación</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>Nº Isabel Rubio</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <i>Daniela Ordoñez</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <i>Liliana Nolasco</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. <i>Isabel Varela</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. <i>Ana Nº Olivares</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. <i>Angela González</i>	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Nº DE ASISTENTES POR SESION: *11 11*
 MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "N" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "A" SI ALUMNO NO JUSTIFICÓ SU ASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO <i>20-03</i>	DEPARTAMENTO <i>Dpto de Gestión de Talento Humano</i>	INSCRIPCIÓN MUNIMA: <i>7</i>
F. TERMINO <i>24-11</i>	PROGRAMA <i>Taller de Recreo y Juegos</i>	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	D																				ES ADULTO MAYOR?	PRESENCIA CERTIF. MEDICO	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1. <i>Luisa Latorre</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
2. <i>Nº Eugenia Senafo</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
3. <i>Liliana Hidalgo</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
4. <i>Liliana Kaling</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
5. <i>Nº María Encarnación</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
6. <i>Nº Isabel Rubio</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
7. <i>Daniela Ordoñez</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
8. <i>Liliana Nolasco</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
9. <i>Isabel Varela</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
10. <i>Ana Nº Olivares</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
11. <i>Angela González</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO

[Firma]
 COORDINADORA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

12) T.12

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Uso de celular LUGAR DE EJECUCION: Colegio 7459

NOMBRE DEL PROFESOR: Francisca Rojas DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Viernes 09:00 - 11:00 hrs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	PREZOR- SEOR- A-ZOR- N	DÍAS																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <u>Sonia Tolosa</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <u>M^{ra} Esilda Aguilera</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <u>M^{ra} Isabel Rubio</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <u>Carole Espinoza</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <u>Glady Espinoza</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <u>Francisca Dávalos</u>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <u>Ruth Pascual</u>																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UN "N" SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UNA "A" SI ALUMNO HA CERTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 14-03-25 DEPARTAMENTO: Dpto de Gestión de Talleres INSCRIPCIÓN MÍNIMA: 6
(Cada persona que asista se debe acreditar con el control del taller)

F. TÉRMINO: 26-11-25 PROGRAMA: Talleres Recreativos y de desarrollo

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DÍAS																				¿ES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENIA CERTIF. MÉDICO (SI/NO)	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			
1. <u>Sonia Tolosa</u>	P	P	P																			SI	SI
2. <u>M^{ra} Esilda Aguilera</u>	P	P	P																			SI	SI
3. <u>M^{ra} Isabel Rubio</u>	P	P	P																			SI	SI
4. <u>Carole Espinoza</u>	P	P	P																			SI	SI
5. <u>Glady Espinoza</u>	P	P	P																			SI	SI
6. <u>Francisca Dávalos</u>	P	P	P																			SI	SI
7. <u>Ruth Pascual</u>																						SI	SI

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Francisca Rojas
Firma Profesora

