

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

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

Nombre	VARAS MUÑOZ CARMEN VERONICA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLES AVANZADO	MAR 17:05-19:05	---		2
T.2	INGLES AVANZADO	LUN 16:00-18:00	---		7
T.3	INGLES AVANZADO	MIE 11:15-13:15	---		5
T.4	INGLES AVANZADO	MIE 18:30-20:30	---		6
T.5	INGLES AVANZADO	MIE 15:30-17:30	---		4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Los estudiantes trabajan con material adicional para describir estaciones, estaciones de trenes y buses utilizando nuevo vocabulario. Explican y comparan los lugares más lindos en que han estado. Ilustran con ejemplos los verbos preposicionales y nuevas expresiones usando pasado simple y Perfecto.
T.2	Los estudiantes utilizan future tense para describir y predecir situaciones de interés nacional e internacional (elecciones). Ilustran Polls y surveys (encuestas); seleccionan verbos a partir de adjetivos (tighten, brighten). Describen la vacación más bonita. Actividad: Agencia de Turismo.
T.3	Los estudiantes explican expresiones de apuro como 'you look vengwell', 'those colors suit you' utilizando vocabulario de colores, tonos y matices. Describen ciudades y lugares y conversan sobre la vacación más bonita que han tenido. Actividad: Donde volvenás y donde no, y por qué?
T.4	Los estudiantes eligen y describen un tema cultural y/o artístico vocabulario nuevo y ya sabido, eg: netsuke japoneses, lenguaje de abanicos españoles. Adicionalmente, repasan la pronunciación de verbos regulares en pasado 'voiced' y 'voiceless' (sonoros y sordos). Actividad: Agencia de Turismo
T.5	Los estudiantes las diferencias de expresiones e Idiomas. Clasifican y nombran las etapas de las relaciones de pareja. Continúan trabajando con pares mínimos como 'keen, kin', 'crash, crush'; ilustran con ejemplos. Actividad: Agencia de Turismo

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

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

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

Nombre	VARAS MUÑOZ CARMEN VERONICA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

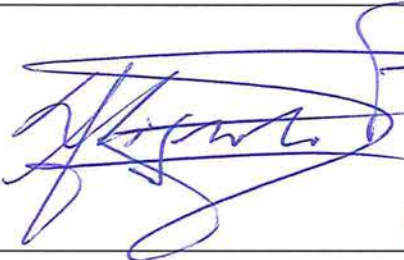
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	INGLES BASICO	LUN 11:00-13:00	---		6
T.7	INGLES BASICO	VIE 09:00-11:00	---		6
T.8	INGLES INTERMEDIO	MAR 13:10-15:10	---		4
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Los estudiantes trabajan con 'Essential Grammar' Units 50-7, Present Simple completo, afirmativo, negación y preguntas, Wh-, aplican a diversos situaciones cotidianas: compras, eventos y salidas. Actividad: Birthday party.
T.7	Los estudiantes trabajan con 'Essential Grammar' Unidades 1, 2, 3, 4, 5 Tiempo Presente continuo, presente simple afirmativo y preguntas, aplican conocimiento al relato de actividades propias y generales. Actividad: Creación de diálogos, conversaciones telefónicas y compras de vestuario.
T.8	Los estudiantes trabajan con 'Essential Grammar' Repaso U.6-7, presente simple y continuo, aplican y utilizan palabras con la misma raíz (ej. live, lives, living, life, alive) en los distintos contextos. Conversan y aplican vocabulario sobre fenómenos naturales (floods y mudslides). Actividades: expresiones de gentileza en cocktails y comidas.
T.9	
T.10	

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. VARAS MUÑOZ CARMEN VERONICA, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2025; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. VARAS MUÑOZ CARMEN VERONICA.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

T. 1

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Yogán Ancestral</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>[REDACTED]</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Cecilia Sánchez</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Viernes 17:05 - 18:05</i>

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	S E S I O N E S	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>																					
5. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>																					
6. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>																					
7. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. <i>Alonso Gómez Juan R.</i>		-	-	-	-	-	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.																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	1	4	5	5	4	1	3	4	4	4	4	5	4	4	4	5	3	2	2	2
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UNA "J" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UNA "-" 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, MODROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBIC. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO

7.2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Yoga Avanzado</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>SV [REDACTED]</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Carmen Uribe</i>	DIA Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>LUNES 10:00 - 12:00 hrs.</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)	SESIONES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		17-05-15	18-05-15	19-05-15	20-05-15	21-05-15	22-05-15	23-05-15	24-05-15	25-05-15	26-05-15	27-05-15	28-05-15	29-05-15	30-05-15	31-05-15	01-06-15	02-06-15	03-06-15	04-06-15	05-06-15
1. Ruben Alvarado L.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Virginia Uribe G.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Patricia Salas L.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Rodrigo Rojas S.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Pamela Diaz S.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Carlos Cols Pinc		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Jacqueline Haddad J.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Armando Cols A.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. Mrs. Christine Campbell		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					

N° DE ASISTENTES POR SESION 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 ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (SI) 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 AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

7.3

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Inglés Avanzado

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR
Carmen Varas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 11:15 - 13:15

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				19-03-25	26-03-25	02-04-25	09-04-25	16-04-25	23-04-25	30-04-25	07-05-25	14-05-25	28-05-25	11-06-25	18-06-25	02-07-25	09-07-25	16-07-25	23-07-25	30-07-25	06-08-25	13-08-25	
1	Godoy Veliz Norma			/	/	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	Nancy Drake			P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Lorena Calderon			P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	Detamony Pacho Petrice			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Nues	/	/	/	/	
5	De la Cruz V. Marta			/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	
6	Cancino C. Carmen Gloria			P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J		
7	Mac Donald A. Mané Pia			P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P		
8	Herrera E. Carolina			P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J		
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	5	7	5	4	3	4	5	7	7	7	6	6	5	5	5	4						
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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.

T.4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Taller de MaquillajeLUGAR DE EJECUCIÓN
[REDACTED]NOMBRE DEL PROFESOR
Carmen LinaresDÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miércoles 18:30 - 20:30

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N°	F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				10-03	11-03	12-03	13-03	14-03	15-03	16-03	17-03	18-03	19-03	20-03	21-03	22-03	23-03	24-03	25-03	26-03	27-03	28-03	29-03
1. GARCÍA, I. Alejandro	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. JARAMILLO, L. Lina	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. FARIAS, S. Nidia	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. TOJAS, E. A. E. E.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. DEL PINO, K. Ricardo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. OLIVERA, S. Carlos	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. DE MIGUEL, C. Paola	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. TOLEDO, E. Eugenia	-	-	-	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 SESIÓN 6 6 5 7 7 6 7 7 7 7 6 6 5 7 7 5 7 7 6

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe
evaluar continuamente el taluz)

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Inglés Avanzado

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

Carmen Varas

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Miércoles 15:30 - 17:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				07-5-25	14-5-25	28-5-25	04-6-25	11-6-25	18-6-25	25-6-25	02-7-25	09-7-25	16-7-25	23-7-25	30-7-25	06-8-25	13-8-25	20-8-25					
1	Pedraza Hurtado Ma. Gonzalo	-	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J					
2	Mendoza Gellado Nicolás	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3	Muñoz Gómez Ma. Camila	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	Rios Morales Raúl	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	Jaramillo Pedraza Mónica	P	J	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	Herrera Errazuriz Carolina	-	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J					
7	Soza L. José Luis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	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				4	5	6	4	4	4	4	3	5		4	4	4	4	2					

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
07-5-25	Gestión de Contratos y Talleres
F. TERMINO	PROGRAMA
	Talleres Recreativos y Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

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


FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER
<i>Trigés Básico</i>

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR
<i>Carmen Varas</i>

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES de 11:00 - 13:00 hrs. <i>T.6</i>

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			17/03/25	31/03/25	07/04/25	14/04/25	21/04/25	28/04/25	05/05/25	12/05/25	19/05/25	26/05/25	02/06/25	09/06/25	16/06/25	23/06/25	30/06/25	07/07/25	14/07/25	21/07/25	28/07/25	04/08/25
1	<i>COUSTASSE M. Carmen Luz</i>		P	P																		
2	<i>Martínez A. David</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	<i>Mimice G. Francisco</i>		P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	<i>Fernández M. Susana</i>		P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	<i>Palacios M. Macarena</i>		P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P
6	<i>Ebensperger R. Jaime</i>		P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7	<i>Schwartz H. Andrea</i>		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8	<i>Etche goyen S. Jorge</i>		P	P																		
9	<i>Ramírez H. Deyanira</i>		/	/																		
10	<i>Eduardo Rojas</i>		-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
11	<i>Barragan B. Rosibell</i>		-	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	/	/	
12	<i>Olivia Montesinos</i>		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	J	J	J
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION	7	6	6	5	6	8	7	7	7	8	8	8	8	8	8	6	7	7	6	7	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
GESTIÓN DE TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

T.7 PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
ONGES BASICO	JVC6 - [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
CARMEN VARGAS	VIERNES 09:30 - 11:30

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			21-07-25	22-07-25	23-07-25	24-07-25	25-07-25	26-07-25	27-07-25	28-07-25	29-07-25	30-07-25	31-07-25	01-08-25	02-08-25	03-08-25	04-08-25	05-08-25	06-08-25	07-08-25	08-08-25	09-08-25
1. PARRA CADILLO, ALICIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. AGUIRRE, CARMEN PATRICIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. MUÑOZ VARGAS, CÉSAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. SAIZ FERRON, SORIANO DE LA H			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. MAZZOLA CASTILLO, GLADYS PATRICIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. GARCIA SANTANA, GUILLEMO E			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. MERELLO RIVERA, GILBERTO			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	5	6	6	6	6	6	6	5	6	6	7	7	6	7	6	5		

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO
23 - 93 - 2025

DEPARTAMENTO
GERENÇÃO DE CONTRATOS E TÁBUAS

INSCRIPCION MINIMA 6
(Cualquiera del mínimo se debe
marcar en correspondencia del título)

F. TÉRMINO
28-11-2025

PROGRAMA
Técnicas Recreativas y de Desarrollo

[illegible][illegible]

[Signature]
ASSISTANT PROFESSOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Ingles Bilingue</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>[Redacted]</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Luciana Torres</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Viernes de 17:00 a 18:00</i>

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. MORANO P. NATALIENOR		-	-	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
2. CATIA RINOS BEN SEDAT		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. CEDE ANIVAR VALERIA		J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. INESDI MARTINEZ ASSUNCA																					
5. GONZALO Z. DE LAURITOM																					
6. PINO ESPINOZA MAX			P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7. REVATO SAUTON		-	-	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	1	2	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" (FALTA) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "-" 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 AERÓBIC.
 ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO

DE ASISTENCIA T8

F. INICIO
18-03-25

18-03-25

DEPARTAMENTO
Gestión de Talentes

DEPARTAMENTO	Gestión de Talentes
--------------	---------------------

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
25-11-25

25-11-25

PROGRAMA
INTERES RECREATIVOS E DE DEMANDAS

INDEXES RECEPTIVAS VDE DEPENDENTES

[illegible]

45 MA 601150