

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

Mes	JULIO
------------	--------------

Nombre	ARIAS VASQUEZ GABRIEL IGNACIO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	VOLEIBOL	MAR 19:00-20:00	JUE 19:30-20:30	[REDACTED]	12
T.2	VOLEIBOL	MAR 20:10-21:10	JUE 20:40-21:40	[REDACTED]	14
T.3	---	---	---	---	
T.4	---	---	---	---	
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<p align="center">Calentamiento en parejas con balón, movilidad, lanzamientos y golpes para prevenir lesiones. Trabajo técnico en pareja, control de balón con antebrazo, auto pase, entrego el balón a mi compañero/a y toco la línea. Trabajo de minivoley en duplas, rey de la cancha en mitad de campo controlado. Saque y corrección de saque. Realidad de juego con posiciones y enroques.</p>
T.2	<p align="center">Calentamiento en parejas con balón, movilidad, lanzamientos y golpes para prevenir lesiones. Trabajo técnico en pareja, control de balón con antebrazo, auto pase, entrego el balón a mi compañero/a y toco la línea, una vez finalizado repetimos pero con golpe de dedo. Trabajo de minivoley en duplas, rey de la cancha en mitad de campo controlado tanto paralelo como cruzado. Saque y corrección de saque. Realidad de juego con posiciones y enroques.</p>
T.3	_____
T.4	_____
T.5	_____

Firma prestador de los servicios	
---	---

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

Asistencia JULIO T.1

DE ASISTENCIA

F. INICIO: _____ DEPARTAMENTO: _____ INSCRIPCIÓN MÍNIMA: _____
(Cada alumno del número de taller pertenece automáticamente al taller)

F. TERMINO: _____ PROGRAMA: _____

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
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? (SI / NO) _____ PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO) _____

FIRMA PROFESOR _____

Asistencia JULIO T.2

PLANILLA CONTROL

DIAS DE JULIO: _____

NOMBRE DEL TALLER: _____ LUGAR DE EJECUCIÓN: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: _____ DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: _____

Nº DE BENEFICARIO	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICARIO (Letra Imprimata)	DÍAS																							
		01-07	08-08	09-08	10-08	11-08	12-08	13-08	14-08	15-08	16-08	17-08	18-08	19-08	20-08	21-08	22-08	23-08	24-08	25-08					
1	Nicolás Argente																								
2	Marcos Amey																								
3	Santiago Aola																								
4	Silvia Quispe																								
5	Felipe Lopez																								
6	Miguel Coronado																								
7	M. José Herrera																								
8	Andrés Laban																								
9	Alfonso Lopez																								
10	Damián Lopez																								
11	Dimitri Lomera																								
12	Dante Morales																								
13	Nicolás Moya																								
14	Luis Muro																								
15	Francisco Orosco																								
16	José Luis Peña																								
17	Ignacio Peralta																								
18	Carolina Pizarro																								
19	Roberto Sepúlveda																								
20	Antonio Vera																								
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "X" SI ALUMNO ASISTE A CLASES.
 MARQUE CON UN "1" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTE 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 PARTICIPE EN LOS TALLERES DE GIMNASIA ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NADACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.