

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

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

Nombre	GONZALEZ VELASTIN LUIS SERGIO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE FOLCLORICO	JUE 18:00-20:00	---	██████████	7
T.2	BAILE FOLCLORICO	MIE 18:00-20:00	---	██████████	8
T.3	MUSICA FOLCLORICA	MAR 18:00-20:00	---	██████████	8
T.4	INSTRUMENTOS MUSICALES BASICO	VIE 17:00-19:00	---	██████████	10
T.5	MUSICA FOLCLORICA	LUN 17:30-19:30	---	██████████	9

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajo de dos danzas Sajuriana, cueca. Pasos coreografía expresión corporal. Manejo de pañuelo.
T.2	Trabajo de tres danzas Corrido, Val, cueca. Practica de coreografía y de plasamientos corporales.
T.3	Practica de ritmos y cantos con guitarras, acordeon, Tormento, panderos y bombos.
T.4	Trabajo de tres temas Tonada esquiuzo Jotay Palca. Canto, Arpa. acordeon, Tormento. Seis guitarras.
T.5	Preparación de 10 temas. Trabajo de instrumentos y voces. Guitarras, Bombo, pandero, Tormento.

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

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

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

Nombre	GONZALEZ VELASTIN LUIS SERGIO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	QUILLAHUE-BAILE	LUN 11:00-13:00	---	██████████	8
T.7	QUILLAHUE-MUSICA	JUE 11:00-13:00	---	██████████	7
T.8	MUSICA DEL RECUERDO	LUN 15:00-17:00	---	██████████████████	13
T.9	MUSICA DEL RECUERDO	MAR 10:00-12:00	---	██████████████████	10
T.10	MUSICA FOLCLORICA	MIE 11:00-13:00	---	██████████████████	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Trabajo de preparación física. pasos y coreografías de tres danzas. Cuecapalta, Val. Expresión corporal.
T.7	Practica de 10 temas interpretados con acompañamiento de Arpa, Acordeon seis guitarras, bombo, tormento.
T.8	En este taller entrego letras e instrumentos de percusión a los participantes e interpretamos y cantamos temas y cantantes
T.9	Este taller se realiza en un hogar de ancianos, en estos encuentros con las participantes cantamos diversos temas del pasado
T.10	Trabajo de 10 temas, preparando al grupo para una presentación en festejo de 18 de Sept. en Junta Vecinal.

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

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

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

Nombre	GONZALEZ VELASTIN LUIS SERGIO
RUT	[REDACTED]
Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	INSTRUMENTOS MUSICALES FOLCLORICOS BASICO	MAR 15:05-17:05	---	[REDACTED]	6
T.12	MUSICA FOLCLORICA	MAR 11:00-13:00	---	[REDACTED]	7
T.13	GUIARRA INTERMEDIO	VIE 09:20-11:20	---	[REDACTED]	5
T.14	PIANO BASICO	JUE 15:05-17:05	---	[REDACTED]	5
T.15	MUSICA FOLCLORICA	VIE 11:30-13:30	---	[REDACTED]	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Trabajo con diferentes Instrumentos Acordeón, Teclado, Canto, pandero. Practica ritmo de cueca, val, tonado.
T.12	Trabajo de guitarra pandero, tormento Voces en cuatro temas. Jata, Polca, cueca vals.
T.13	Trabajo de Ritmo de Jaleba, val tango, Practica de acordes mayores menores - sostenidos - y bemolés.
T.14	Trabajo de ejercicios de manos derechas y izquierda, melodías simples.
T.15	Trabajo de 12 temas, Tonados, vals polca, correteado, Jata, cuecas. Interpretados en voces Acordeón guit., tormento, pandero.

Firma prestador de los servicios	
---	--

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. GONZALEZ VELASTIN LUIS SERGIO, RUT [REDACTED], dió cabal cumplimiento durante el mes JULIO de 2025, a la función a

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BAILE FOLCLORICO

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis Gonzalez V.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Jueves 18:00 a 20:00 h.s.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	Veronica Rancano			20/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	Quaricino Poblete A			27/03/25	P	P	/	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Elara Calderon Calderon			3/4/25	P	J	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4				10/4/25																			
5				17/4/25																			
6	Ana Quena Diaz E.			23/4/25	P	J	/	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	P				
7	Joel Antonio Prieto V.			30/4/25	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P			
8	Quilap Quondaca V.			07/5/25	/	/	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P			
9	Hilario Montero			14/5/25	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
10	Ana Torres			21/5/25																			
11	Barrios Caceres Jose Patricio			28/5/25	P	/	/	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P					
12				04/6/25																			
13				11/6/25																			
14				18/6/25																			
15				25/6/25																			
16				02/7/25																			
17				09/7/25																			
18				16/7/25																			
19				23/7/25																			
20				30/7/25																			
21				06/8/25																			
22				13/8/25																			
23				20/8/25																			
24				27/8/25																			
25				03/9/25																			

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 6358564556445689

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

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 10
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Desarrollo Comunitario

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Baile Folclórico

LUGAR DE EJECUCION
J. V. Romacimiento Italiano C-12

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis González

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 18:00 hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES 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
			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	4/06/25	11/06/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25					
1	Perez Candia Manuel		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
2	Torres Andia Ana		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
3	Carcamo Mora Verónica		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
4	Topia Muñoz Maria		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
5	Alzate Castro Monica		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
6	Pantoja Brebi Juan R		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
7	Rodriguez Maria J		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
8	Mondaca Valle Nilda		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
9	Vargas Cortez Maria P		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
10	Contreras Quiroga Lucia		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
11	Garcido Sandroch Verónica		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
12	Arenas Oregon Brenda		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
13	Arenas Oregon Carolina		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
14	Flores M ^a Elena																					
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION 6 7 4 7 6 6 7 6 0 8 9 8 8

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº
FECHA

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 Torres	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Veronica Lencina	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Quirine Torres Muñoz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Quirine Poblete Angulo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Juan Dolando Puertoja	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	elara Celderon Paldoran	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Joel Antonio Prieto V.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Nilda Mondaca U.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Maite Maldonado	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Martino Riquelme Alfilio	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Berrios Caceres Jose Patricio	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																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

866754444366668688

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 AEROBIC

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Instrumentos Musicales
BASICOS

NOMBRE DEL PROFESOR
Mrs González V.

LUGAR DE EJECUCION
Edo Vecinos C-23 Vital Apoguindo.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes de 17:00 a 19:00.

NOMBRE 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
				21/03/25	28/03/25	4/04/25	11/04/25	18/04/25	25/04/25	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			
1	Gajardo Mercedes			P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	Burgos González Alina			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Quiroz Nilda			P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4	Castro Fernando			P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	Labra Araya Miguel			P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	Gamboa Contreras M. Luz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	Figueroa Rozas Jose			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	Correño Yañez Charles			P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
9	Margarita Vidal Gerardo			/	/	P	P						P	P	P	P	P	P	P				
10	Medina Espinoza Nelson												P	P	P	P	P	P	P				
11	Neira Rosario																	P	P				
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	8	7	8	6	8	7	8	7	10	10	8	10	9	11									
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	---	----	---	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Municea Telebrica.

LUGAR DE EJECUCION
J. Vecinos Renacimiento Italiano.

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis Gonzalez V.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 17:30 - 19:30.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N U M E R O	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
					17/03/25	24/03/25	31/03/25	7/4/25	14/4/25	21/4/25	28/4/25	5/5/25	12/5/25	19/5/25	26/5/25	2/6/25	9/6/25	16/6/25	23/6/25	30/6/25	7/7/25	14/7/25		
1	Torres Andia Ana.				P	P	P	P	P	P	P	P	J	P		P	P	P	P	P	P			
2	Carcano Mora Veronica				P	P	P	P	/	/	P	P	J	P		J	P	P	P	P	P			
3	Tapia Muñoz Maria Solina				/	P	/	P	/	P	P	P	P	P		P	P	P	P	/	P	P		
4	Arenas Oregan Brenda				/	P	P	P	P	P	/	P	P			P	P	P	P	J	P			
5	Pantoja Brachi Juan Pablo				P		/	/	/	/	J	J	J	P		J	P	P	P	P	P			
6	Arenas Oregan Carolina				/	P	P	P	P	P	/	P	/			P	P	P	P	P	J			
7	Arenas Oregan Enrique				/	/	P	P	P	P	/	/	J	P		J	P	P	P	J	P			
8	Robles Rodriguez Morja P				P	/	/	/	/	/	/	J	J	P		J	P	P	P	P	P			
9	Soriano Toledo Jose Hernan				P	P	P	P	P	J	P	J	P	J		P	J	P	P	P	P			
10	Vargas Cortez M. Claralina				P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
11	Flores M ^{te} Elena																			P	P	P		
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	7	7	8	5	6	5	9	8	8	/	5	8	9	9	9	8	9						
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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

Conjunto Folclórico Qui Nahué

NOMBRE DEL TALLER

Música Folclórica

LUGAR DE EJECUCIÓN



NOMBRE DEL PROFESOR

Luis González V.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Lunes 11:00 a 13:00 hrs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES

Nº

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 Aranda Leonilda Maria
2 Andonid Nunez Emilio
3 Bravo Meza Salvador
4 Burgos Gonzalez Aliya
5 Gomez Gonzalez Silvia
6 Gomez Alende Silvia
7 Munoz Corrao Mirella
8 Neira Trancoso Rosario
9 Neira Trancoso Rosario
10 Gonzalez Vazquez Charles
11 Quiroz Torres Nilda
12 La Bra Araya Miguel

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J							
J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J							
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							
J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J							
J	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J							
P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P							
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
J	J	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P							
P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

7 9 8 7 7 7 7 4 8 9 7 9 8

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES

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

E DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA ZUMBA HIPOCUMINAGIA NATACIÓN

DE ASISTENCIA

F. INICIO
3/4/25

DEPARTAMENTO
Talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 12
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
Desarrollo Comunitario

	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)


FIRMA DEL PROFESOR

PLANILLA CONTROL

Conjunto Folclórico Quillahué

NOMBRE DEL TALLER
Baile Folclórico

LUGAR DE EJECUCIÓN
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis González V.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Jueves 11:00 a 13:00 hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº 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
				3/4/25	4/4/25	5/4/25	6/4/25	7/4/25	8/4/25	9/4/25	10/4/25	11/4/25	12/4/25	13/4/25	14/4/25	15/4/25							
1	Aranda Izquierdo Maria			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
2	Andoni Núñez Emilio			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J								
3	Bravo Meza Salvador			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J								
4	Burgos González Alina			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
5	Carrasco Contreras M. Juez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
6	Gómez Alende Silvia			J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J								
7	Muñoz Cornejo Mirella			J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J								
8	Neira Brancato Rosarip			P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P								
9	Vega Ferreira Reth			P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P								
10	Cerroño Yáñez Charles			J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
11	Quirós Sánchez Nilda			J	J	J	P	P	J	P	J	P	J	P	P								
12	Labra Araya Miguel			P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P								
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (SLASH) 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

[Handwritten mark]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Musica del Reuerdo

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR

Leis Gonzalez

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes 15:30 hrs

	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
				7/04/25	14/04/25	21/04/25	28/04/25	05/05/25	12/05/25	19/05/25	26/05/25	2/06/25	9/06/25	16/06/25	23/06/25	30/06/25	7/07/25	14/07/25					
1	Alvarado Rosas Sonja			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
2	Bonilla Navarrete Adriana			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
3	Bruna Molina Carmen			P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P					
4	Camacho de Benito Maria			P	P	P	P	/	P	/	P	/	/	P	P	P	P	P					
5	Duarte Moran Francisco			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	Fernandez Tabolina Carmen			P	P	P	/	P	P	/	P	P	/	/	/	/	/	/					
7	Gutierrez Gama Ana			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8	Injante Tenealbo Maria			P	P	P	P	P	P	/	/	P	/	P	P	/	P	/					
9	Lehner Carcamo Edith			P	/	P	P	P	P	/	/	P	P	/	P	P	P	/					
10	Malschatsky Briane Huldul			/	/	/	/	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
11	Mardones Diaz Ana			P	P	P	/	/	/	/	P	P	/	P	/	/	/	/					
12	Mendez Cepeda Manuel			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
13	Parado Espinoza Berta			P	P	P	/	/	/	P	/	P	P	/	/	P	P	P					
14	Rodriguez Encalada Maria			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
15	Rodriguez Lopez Norma			P	P	/	/	P	/	P	/	P	P	/	P	P	/	P					
16	Sanchez Garcia Vianessa Victor			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
17	Valladares Salazar Adriana			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
18	Vega Ahumada Laura			P	P	P	/	/	/	P	P	P	/	P	P	P	P	P					
19	Reyes Pavez Ines			/	/	/	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P	P	/					
20	Ibacacho Munoz Ximena			/	/	/	P	P	P	/	P	P	/	P	P	P	P	P					
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

13 13 12 11 12 12 11 7 12 12 6 13 13 12 12

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

DE ASISTENCIA

F. INICIO
1/04/25

DEPARTAMENTO
Desarrollo Comunitario

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

20

F. TERMINO
30/07/25

PROGRAMA
Clubes Adulto Juvenil

[illegible][illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Musica del Recuerdo

LUGAR DE EJECUCIÓN
[Redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis González V

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miercoles 15:30 hrs

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25						
1	Mexia Farfina Guzman	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
2	Hermilia Hernandez Escobar	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
3	Maria Ramirez Ermasilla	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
4	Terresa Arriaza Pastene	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
5	Maria Veliz Chaudia	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
6	Elena Charleut Arguena	P	P	/	P	P	P	/	P	/	P	/	P	P	P	P	P	P						
7	Ana Lopez Aquilera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
8	Elsa Marcom Moreira	/	P	/	P	P	P	P	/	P	/	P	P	P	P	P	P	P						
9	Margarita Camacho Tamayo	P	P	/	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
10	Eliana Casanella Dazary	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
11	Graciela Ortega Hegerera	P	P	P	/	/	P	P	/	/	P	/	P	/	P	/	P	P						
12	Rosa Lopez Calvo	P	P	P	/	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
13	Alicia Etelina Llanos Sandoval	X	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
14	Marta Castillo Lopez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
15	Clara Austerill Reyes	/	P	/	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
16	Marina Carrasco Gallardo	/	P	/	P	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P						
17	Silvia Witke Monje	P	/	P	/	P	/	P	/	P	/	P	P	/	/	P	P	P						
18	Ines Sanchez	P	/	P	P	P	P	/	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/						
19	Floris Espinoza	P	/	P	/	P	P	P	/	P	/	P	P	P	P	P	P	P						
20	Maria Angelica Eterovich Garcia	X	P	P	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
21	Leonides Hobar Montano	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
22																								
23																								
24																								
25	ASISTENCIA		16	16	15	14	18	18	17	11	17	15	18	16	18	18								

DE ASISTENCIA

Adolfo Reyes



NOMBRE DEL TALLER
Musica Folclorica

LUGAR DE EJECUCIÓN *J.V C-15*
Alejandro F. Le... mg. Tomas Moro 1694

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis Gonzalez V.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miércoles 11:00 hrs.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	<i>Gajardo Luzanza Maria Mercedes</i>			<i>28/5/25</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>														
2	<i>Florez Fuentes Gladys</i>			<i>4/6/25</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>														
3	<i>Benitez Rodriguez M. Elena</i>			<i>11/6/25</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>														
4	<i>Campuzano Martin Ernesto</i>			<i>25/6/25</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>														
5	<i>Campuzano Perez Ernesto</i>			<i>2/7/25</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>														
6	<i>Morales Emunategui Vicente</i>			<i>9/7/25</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>														
7	<i>Olmedo Isla Alejandro</i>				<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>														
8	<i>Castro Turrieta Fernanda</i>				<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>														
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>																		
-----------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DEPARTAMENTO
Talleres.

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 10.
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Desarrollo Comunitario

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Instrumentos Musicales Fld.	
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Juan González Velantia	Martes 15:05 a 17:05

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	Pantoja Brebina Juan R	P		20/05/25	P	P	P	P	P	P	P												
2	Ginsberg Rojas Samuel	P		21/5/25	P	P	P	P	P	P	P												
3	Lahz Silva Victor ig.	P		3/6/25	P	P	P	P	P	P	P												
4	Perez Armijo Pedro	P		4/6/25	P	P	P	P	P	P	P												
5	Mebus Garcia Maria	P		17/6/25	P	P	P	P	P	P	P												
6	Aguilera Gonzalez Oriol	P		24/6/25	P	P	P	P	P	P	P												
7	Valdes Orobeta Maria	P		19/7/25	P	P	P	P	P	P	P												
8				8/7/25																			
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	6	5	5	7	6	5	4																
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Musica Folclorica

LUGAR DE EJECUCIÓN
Eliseo Diaz

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis González V.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 11:00 a 13:00 hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº	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
					20/5/25	21/5/25	23/6/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	6/7/25												
1	Cifuentes Pardo Verónica				P	P	/	/	P	P	P													
2	Perez Perez Heredia B.				/	/	/	/	P	P	/													
3	Carreño Yáñez Charles				P	P	P	P	P	P	P													
4	Pantaja Brodi Juan Roberto				/	/	P	P	P	/	/	P												
5	Lahit Silva Victoria				P	P	/	P	P	P	P													
6	Muñoz Gamboa Jose				P	P	P	P	P	/	P	P												
7	Perez Tadeo Olga				/	P	P	/	/	/	/	P												
8	Aguilera Gonzalez Drida				P	P	P	P	P	/	P	/												
9	Valdes Ogbeta Marjal.				P	P	P	P	P	P	P	P												
10	Alejandra Olmedo									P	P	P												
11	Jasnet Disconte									P	/	/												
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 5 6 7 6 6 7 8 8

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Musica Folclorico

LUGAR DE EJECUCIÓN
[Redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR
Luis Gonzales Velazquez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 11:30-13:30 hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					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											
1	Cifuentes Perez Veronica	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
2	Parraga Brepel Roberto	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
3	Olmedo Isla Alejandra	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
4	Lehr Silva Victoria	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
5	Munoz Gamboa Jose	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
6	Perez Toledo Olga	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
7	Piscontro Vargas Janet	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
8	Aguilera Gonzalez Oriol	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
9	Fajal Huici Constanza	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
10	Valdes Orbeta Maria	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 9 5 10 9 7 8 8 8

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.