



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	GUERRA NUÑEZ SONIA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	FRANCES BASICO	MIE 15:30-17:30	—	██████████	5
T. 2	FRANCES INTERMEDIO	MAR 09:15-11:15	—	██████████	6
T. 3	--	--	--	--	
T. 4	--	--	--	--	
T. 5	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Los alumnos han trabajado con la unidad II "Activités quotidiennes". En forma oral y escrita han aprendido vocabulario relacionado con las actividades cotidianas; verbos pronominales en presente (se réveiller, se lever, se doucher, s'habiller, etc), desayuno, almuerzo, cena, hacer las compras, el aseo, mirar televisión, hablar por teléfono, etc. Indicar la hora de las actividades. También, han realizado ejercicios de completación de oraciones, responder preguntas, formular preguntas, además de ejercicios en línea
T.2	Los alumnos han trabajado con la unidad III " Préparer les vacances d'été". En forma oral y escrita han aprendido como conjugar un verbo regular en futuro simple, reconociendo las terminaciones del tiempo futuro en francés (ai-as-a-ons-ez-ont). También, han identificado oraciones escritas en francés a partir de la lectura de textos auténticos. Además, de escuchar canciones, textos, diálogos en francés en tiempo futuro con el objetivo de mejorar la pronunciación, la fluidez y la participación de los estudiantes.
T.3	
T.4	
T.5	

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

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



Taller Francés básico, [REDACTED] Junta de vecinos n° 4, Francisco Bilbao.



Taller Francés intermedio, [REDACTED] Junta de Vecinos n° 7, Plaza del Inca.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Taller Francés intermedio.

LUGAR DE EJECUCION
Junta de Vecinos n° 7, La Capitania 255

NOMBRE DEL PROFESOR
Sonia Guerra Núñez.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes de 9:15 a 11:15 horas.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Consuelo Riveros.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	L	L	P	P	P	L	P	P	P	
2 Ana Galarza		L	L	L	L	L	P	P	P	P	P	P	P	L	P	P	P	P	P	P	
3 Cristina Avalos		P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	L	L	P	P	P	P	P	P	P	
4 Karin Stevens		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	P	P	P	L	P	P	
5 Patricia Hinojosa.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	P	L	P	L	P	L	
6 Patricia Delaunoy.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	P	L	P	P	P	P	P	
7 Evelyn Spencer									P	P	P	L	P	P	P	L	L	P	J		
8 Lorena Calderón.		P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	J	P	J	J	J	J	
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION	6	6	6	6	6	6	8	6	8	7	4	5	4	5	8	4	5	6
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.

