

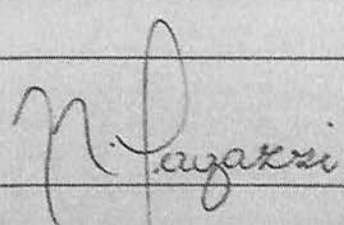
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LAGAZZI ARAVENA NORMA		
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 AVANZADO	MIE 09:00-11:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA AVANZADO	LUN 11:30-13:30	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	8
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA AVANZADO	LUN 09:00-11:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA AVANZADO	MAR 09:00-11:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	7
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA AVANZADO	JUE 11:30-13:30	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabajan nuevas funciones ejecutivas como son comprensión verbal y escrita mediante ejercicios de claves, búsqueda de símbolos, definiciones y conceptos estructurados y desarrollados en busca palabras, sopa de definiciones, palabras cruzadas y grillas literarias.
T.2	Se trabajan nuevas funciones ejecutivas como son comprensión verbal y escrita mediante ejercicios de claves, búsqueda de símbolos, definiciones y conceptos estructurados y desarrollados en busca palabras, sopa de definiciones, palabras cruzadas y grillas literarias.
T.3	Se trabajan nuevas funciones ejecutivas como son comprensión verbal y escrita mediante ejercicios de claves, búsqueda de símbolos, definiciones y conceptos estructurados y desarrollados en busca palabras, sopa de definiciones, palabras cruzadas y grillas literarias.
T.4	Se trabajan nuevas funciones ejecutivas como son comprensión verbal y escrita mediante ejercicios de claves, búsqueda de símbolos, definiciones y conceptos estructurados y desarrollados en busca palabras, sopa de definiciones, palabras cruzadas y grillas literarias.
T.5	Se trabajan nuevas funciones ejecutivas como son comprensión verbal y escrita mediante ejercicios de claves, búsqueda de símbolos, definiciones y conceptos estructurados y desarrollados en busca palabras, sopa de definiciones, palabras cruzadas y grillas literarias.

Firma prestador de los servicios	
---	--

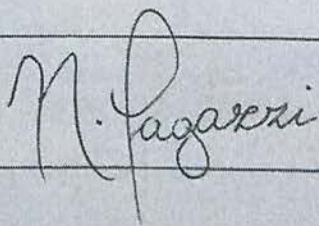
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LAGAZZI ARAVENA NORMA		
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	LUN 15:00-17:00	---	[REDACTED]	5
T.7	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MIE 15:00-17:00	---	[REDACTED]	4
T.8	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	VIE 14:30-16:30	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6
T.9	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	JUE 09:00-11:00	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	7
T.10	ESTIMULACION COGNITIVA INTERMEDIO	MAR 11:30-13:30	---	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se realizan ejercicios de lógica a través de relaciones y secuencias, palabras circulares y números, potenciando atención y concentración Además la capacidad de razonamiento verbal mediante anagramas ya sea en grupos de letras o sopas desordenadas.
T.7	Se realizan ejercicios de lógica a través de relaciones y secuencias, palabras circulares y números, potenciando atención y concentración Además la capacidad de razonamiento verbal mediante anagramas ya sea en grupos de letras o sopas desordenadas.
T.8	Se refuerzan capacidades verbales como son vocabulario y antónimos mediante ejercicios de semejanzas, diferencias y opuestos desarrollados en sopas de antónimos, reconocimiento de propiedades y analogías, potenciando memoria largo plazo y establecimiento de estrategias.
T.9	Se refuerzan capacidades verbales como son vocabulario y antónimos mediante ejercicios de semejanzas, diferencias y opuestos desarrollados en sopas de antónimos, reconocimiento de propiedades y analogías, potenciando memoria largo plazo y establecimiento de estrategias.
T.10	Se refuerzan capacidades verbales como son vocabulario y antónimos mediante ejercicios de semejanzas, diferencias y opuestos desarrollados en sopas de antónimos, reconocimiento de propiedades y analogías, potenciando memoria largo plazo y establecimiento de estrategias.

Firma prestador de los servicios	
---	--

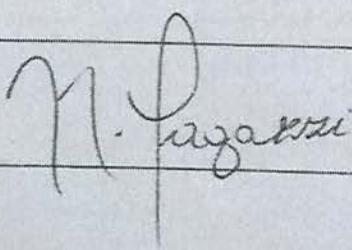
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LAGAZZI ARAVENA NORMA		
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	VIE 11:30-13:30	---	[REDACTED]	7
T.12	ESTIMULACION COGNITIVA	MAR 15:00-17:00	---	[REDACTED]	7
T.13	ESTIMULACION COGNITIVA	JUE 15:00-17:00	---	[REDACTED]	8
T.14	—	—	---	—	
T.15	—	—	---	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Se trabajan y refuerzan capacidades verbales como sinónimos, antónimos y ortografía mediante sopa de definiciones, de sinónimos, antónimos, crucigramas fortaleciendo el vocabulario y potenciando memoria de corto y largo plazo.
T.12	Se trabaja la capacidad perceptiva mediante ejercicios de reconocimiento de propiedades, laberintos, laberintos de palabras, encontrar objetos, semejanzas y diferencias potenciando la atención y concentración.
T.13	Se trabaja la capacidad perceptiva mediante ejercicios de reconocimiento de propiedades, laberintos, laberintos de palabras, encontrar objetos, semejanzas y diferencias potenciando la atención y concentración.
T.14	
T.15	

Firma prestador de los servicios	
---	--

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 JULIO 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. LAGAZZI ARAVENA NORMA.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	J.V. VECINOS UNIDOS
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
NORMA LAGAZZI ARAVENA	LUNES 15:00 – 17:00 HR.

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
				17/03/2025	24/03/2025	31/04/2025	07/04/2025	14/04/2025	21/04/2025	28/04/2025	05/05/2025	12/05/2025	19/05/2025	26/05/2025	02/06/2025	09/06/2025	16/06/2025	23/06/2025	30/06/2025	07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025
1	ARAVENA GUEVARA ALICIA			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P		
2	ALMUNA SAN MARTÍN LUZMIRA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	J		
3	FUNES COFRÉ DELIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	NORIEGA ARAVENA ELVIRA			P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P		
5	ORTIZ GÁLVEZ MARIANO			P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P		
6	VIDAURRE LARRAZABAL PATRICIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P		
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

NUMERO DE ASISTENTES POR SESIÓN	6	6	6	6	5	5	5	4	5	6	4	3	4	5	5	5	6	5		
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
ADULTO MAYOR

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

PROGRAMA
TALL. RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	J.V. PORTAL LOS DOMINICOS
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
NORMA LAGAZZI ARAVENA	MIÉRCOLES 15:00 – 17:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N 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
1	AVENDAÑO CORREA MARCOS			J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	J				
2	DELGADO NIETO BERNARDITA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	LEÓN GONZÁLEZ SYLVIA			J	P	J	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J				
4	NATERA DE JEANTY LUCILA			P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	J				
5	ROZAS CID CLARA			P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	P	P	P				
6	ROZAS ROZAS MATILDE			J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	J				
7	VICENTE CLAVE CARMEN			J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	J				
8	ALLAN EDUARDO									P	P	P	P	P	P	J	J	J	J				
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

NUMERO DE ASISTENTES POR SESIÓN	3	6	5	6	4	6	5	6	6	5	3	6	4	6	4	2			
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

INSCRIPCION MINIMA: 8

(Con menos del mínimo se debe

PROGRAMA
TALL. RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	J.V. PLAZA VALENZUELA LLANOS
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
NORMA LAGAZZI ARAVENA	VIERNES 11:30 – 13:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N 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
					21/03/2025	28/03/2025	04/04/2025	11/04/2025	25/04/2025	02/05/2025	09/05/2025	16/05/2025	23/05/2025	30/05/2025	06/06/2025	13/06/2025	27/06/2025	04/07/2025	11/07/2025	18/07/2025				
1	BELLO ELISA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	BELLO M. LUZ				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	CISTERNAS CARMEN				P	P	P	J	P	P	J	J	J	P	P	J	P	P	J	P				
4	GOLDEMBERG REBECA				P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P				
5	GUSMÁN NINA IRIS				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P				
6	MURANDA LIDIA				P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P				
7	GROB MARGOT				J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P				
8	OLAVARRÍA BERNARDO				P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
9	ARELLANO PATRICIA												P	P	P	J	J	J	J	J				
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

NUMERO DE ASISTENTES POR SESIÓN	7	6	7	7	6	6	6	7	8	8	9	5	5	7	6	8								
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	
---------------	--

INSCRIPCION MINIMA: 8

(Con menos del mínimo se debe

PROGRAMA
TALL. RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	CÍRCULO EL CANELO
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
NORMA LAGAZZI ARAVENA	MARTES 15:00 – 17:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N 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
					01/04/2025	08/04/2025	15/04/2025	22/04/2025	29/04/2025	06/05/2025	13/05/2025	20/05/2025	27/05/2025	03/06/2025	10/06/2025	17/06/2025	24/06/2025	01/07/2025	08/07/2025	15/07/2025	22/07/2025	29/07/2025		
1	ALARCÓN CARRASCO M. ANGÉLICA				P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P				
2	ARAÑO GONZÁLES EDA				J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	P	P	J	J				
3	BITTNER BOHLE HAYDEE				P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P				
4	CEPPI KAHLER SERGIO				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
5	DELMONACO CARREÑO M. EUGENIA				J	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	FAJARDO MACCARIO M. ISABEL				P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
7	FLORES PERAZA HAYDEE				P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	GAETE ANGÉLICA				P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P				
9	GALINDO RODRÍGUEZ MABEL				P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P				
10	GODOY SANTIS M. TERESA				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
11	LEIVA CONCHA M. ISABEL				P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P				
12	MERCADO ORELLANA MARÍA				/	/	P	P	J	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J				
13	PASOR ÁLVAREZ VALENTINA				J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
14	ZULETA FARIAS JULIO				J	J	J	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J				
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

NUMERO DE ASISTENTES POR SESIÓN	7	4	6	7	5	6	5	5	8	7	8	7	7	8	6	8								
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

F. INICIO

01/04/25

DEPARTAMENTO

ADULTO MAYOR

F. TERMINO

29/07/25

PROGRAMA

CLUBES DE ADULTOS MAYORES

INSCRIPCION MINIMA: 14

(Con menos del mínimo se debe

	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? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO
SÍ	NO

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	J.V. SAN PEDRO DE LAS CONDES
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
NORMA LAGAZZI ARAVENA	JUEVES 15:00 – 17:00 HR.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N 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
					03/04/2025	10/04/2025	24/04/2025	15/05/2025	21/05/2025	29/05/2025	05/06/2025	19/06/2025	26/06/2025	03/07/2025	10/07/2025	17/07/2025	24/07/2025	31/07/2025						
1	ALBA SONIA				P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P								
2	AVENDAÑO ELIZABETH				J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P								
3	CASTILLO M. ANGÉLICA				J	J	J	P	J	P	J	J	P	J	P	P								
4	LARRAIN LUCRECIA				J	J	J	P	J	P	J	J	P	J	J	J								
5	MANCILLA CECILIA				P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J								
6	MARTIN CONSUELO				J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/								
7	MARTINEZ CARMEN				P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P								
8	MELO TRINIDAD				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
9	NÁZER M. ZARINA				J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P								
10	PRIETO ANA				P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J								
11	REYES MARCELA				P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P								
12	RODRIGUEZ MILAGROS				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
13	SÁNCHEZ ROSA				J	P	J	J	J	J	P	J	P	P	J	P								
14	TOSSO ELBA				P	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J								
15	WEITZELOLGA				P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

NUMERO DE ASISTENTES POR SESIÓN	9	10	7	11	10	10	5	6	8	7	7	10												
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

F. INICIO

03/04/25

DEPARTAMENTO

ADULTO MAYOR

F. TERMINO

31/07/25

PROGRAMA

CLUBES DE ADULTOS MAYORES

INSCRIPCION MINIMA:

15

(Con menos del mínimo se debe

	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																					SÍ	NO
2																					SÍ	NO
3																					SÍ	NO
4																					SÍ	NO
5																					SÍ	NO
6																					SÍ	NO
7																					SÍ	NO
8																					SÍ	NO
9																					SÍ	NO
10																					SÍ	NO
11																					SÍ	NO
12																					SÍ	NO
13																					SÍ	NO
14																					SÍ	NO
15																					SÍ	NO
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

Windows taskbar showing search bar, taskbar icons (File Explorer, Excel, PowerPoint, Word, etc.), system tray (18°C, 19:54, 21-07-2025).

Windows taskbar showing search bar, taskbar icons (File Explorer, Microsoft Edge, Word, PowerPoint, Teams, OneDrive, Outlook, Excel, Word, PowerPoint, Teams, OneDrive, Outlook, Excel), system tray (18°C, 21-07-2025, ESP, 20:05).

Windows taskbar showing search bar, taskbar icons (File Explorer, Microsoft Edge, Word, PowerPoint, etc.), system tray (clock, date, temperature, network, volume, etc.).