

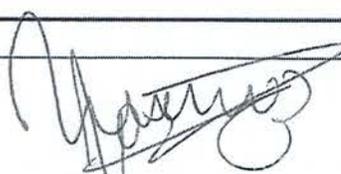
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER**  
**PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO**

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

Nombre	MUÑOZ ROJAS JORGE		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ASTRONOMIA BASICO	JUE 18:00-20:00	---	CAMINO EL ALBA 8990	5
T.2	ASTRONOMIA BASICO	LUN 18:00-20:00	---	CAMINO EL ALBA 8990	9
T.3	ASTRONOMIA: BAJO LA LUZ DE LAS ESTRELLAS	LUN 11:30-13:30	---	ROSA O.HIGGINS 17(CAM ROSA OHIGGINS)	9
T.4	--	---	---	---	
T.5	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Funcionamiento e investigación que realizará el Observatorio Vera C. Rubin / Observación a "ojo desnudo" del planeta Marte y de estrellas Spica, Régulo y otras / Se enseña a los alumnos a usar aplicación interactiva del Observatorio Vera C. Rubin para analizar Galaxias y asteroides/ Los objetos interestelares y el 3I ATLAS observado desde Chile.
T.2	Funcionamiento e investigación que realizará el Observatorio Vera C. Rubin / Observación a "ojo desnudo" de los planetas Marte y Mercurio y de la conjunción de la Luna con la estrella Spica / Se enseña a los alumnos a usar aplicación interactiva del Observatorio Vera C. Rubin para analizar Galaxias y asteroides/ Los objetos interestelares y el 3I ATLAS observado desde Chile. Las GALAXIAS (1ra parte). Se reparten imágenes de galaxias a cada alumno para que distingan diferentes características de ellas.
T.3	Funcionamiento e investigación que realizará el Observatorio Vera C. Rubin / Se realiza un "tour virtual" usando aplicación interactiva del Observatorio Vera C. Rubin para analizar Galaxias y asteroides/ Los objetos interestelares y el 3I ATLAS observado desde Chile. Las GALAXIAS (1ra parte). Se reparten imágenes de galaxias a cada alumno para que distingan diferentes características de ellas.
T.4	
T.5	

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



**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



T1



T2



T3



LAS CONDES  
MUNICIPALIDAD

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

### PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>ACTIVIDAD A</i>		LUGAR DE EJECUCIÓN <i>CORREO PORTAL LOS DOMINIOS (EXIA VEC.)</i>	
NOMBRE DEL PROFESOR <i>WALTER MORALES RIVERA</i>		DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>MIÉRCOLES 16:00 a 18:00</i>	

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	N°	MES DE EJECUCIÓN																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. <i>Jesse Sippa</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>Patricia Hactaed</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <i>Milton Canales</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <i>Hector Sotomayor</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <i>Sandra Cordero</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>Christina Bustamante</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <i>Lucy Jofre</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <i>Carolina Gil</i>		P	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.																						

*NO SE PRESENTA DE JAMÁS*

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	2	6	5	4	5	4	5	6	4	5	4	6	4	6	5
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA (Con eventos del mismo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TÉRMINO	PROGRAMA	

	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 PROFESOR



## PLANILLA CONTROL

<b>NOMBRE DEL TALLER</b> ASTRONOMIA: BAJO LA LUZ DE LAS ESTRELLAS	<b>LUGAR DE EJECUCION</b> CIRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b> JORGE MUÑOZ ROJAS	<b>DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER</b> LUNES 11:30 A 13:30 HRS.

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
			07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025	01/09/2025	08/09/2025	15/09/2025	22/09/2025	29/09/2025	06/10/2025	13/10/2025	20/10/2025
1 BUBERT JOFRE BLANCA			P	P														
2 CARVAJAL LOPEZ FRESIA DE LOURDES			P	P														
3 EBERL PALACIOS LUISA DE LAS MERCEDE			P	P														
4 ESPINA ALLARD FLORENCIA			P	P														
5 HERNANDEZ DIAZ MYRTHYS			J															
6 HERRERA NIÑO DE ZEPEDA CARMEN LUZ			P															
7 LACRAMPETTE BRODNER MARIA ANGELICA			P	P														
8 MOREY CARADEUC LUCIA AMALIA			P	P														
9 MUÑOZ VASQUEZ CESAR			P	P														
10 POLTI SOSA BRENDA MARIA			P	P														
11 SALLATO ESPINOSA ALEJANDRA			P															
12 TRONI GROTRIAN JUAN CARLOS			/															
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

N° DE ASISTENTES POR SESION	10/8
N° DE ASISTENCIA POR SESION	
PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULAD	

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.

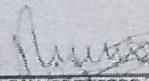
## DE ASISTENCIA

F. INICIO	17/03/2025	DEPARTAMENTO	ADULTO MAYOR
F. TERMINO	30/11/2025	PROGRAMA	POL 30

INSCRIPCION MINIMA  
 (Con puntos del examen se debe evaluar continuidad del taller)

		( Informe Final )																																				
N°	FECHA	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	C. MED.	ASIST. INDIVIDUAL														
		27/10/2025	03/11/2025	10/11/2025	17/11/2025	24/11/2025																															N° ASIST.	% ASIST.
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																																						
26																																						
27																																						
28																																						
29																																						
30																																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	
N° DE ASISTENCIA POR SESION	
PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULAD	

  
 FIRMA PROFESOR

FECHA :