

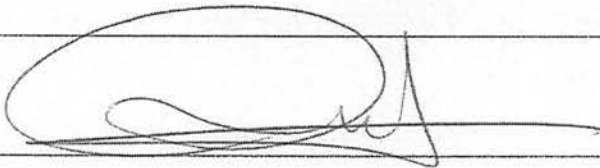
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	ACUÑA MARTINEZ FELIPE ANDRES		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	AMANE CER CHILENO- BAILE	VIE 22:00-23:30	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	9
T.2	AMANE CER CHILENO-BAILE	LUN 20:00-22:00	---	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	9
T.3	AMANE CER CHILENO-BAILE	LUN 22:00-23:00	---	PATRICIA 9110(CC PATRICIA)	9
T.4	BAILE FOLCLORICO	MIE 18:00-20:00	---	PAUL HARRIS 1558	8
T.5	BAILE FOLCLORICO	JUE 19:30-21:30	---	PAUL HARRIS 1558	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Trabajo de presencia escénica, personificación, actitud, prestancia y entrega (presentaciones).
T.2	Progresos en el nuevo esquema coreográfico, dinámicas de desplazamiento en el espacio, exploración de nuevos géneros y estilos de baile junto a sus respectivas técnicas dancísticas.
T.3	Trabajo con juego de piso y creación de coreografía.
T.4	Se trabaja lo siguiente: gitanos, caporalada y diablada. Donde los asistentes aprenden de forma metódica los pasos de las danzas.
T.5	Alumnos practican pasos y realizan coreografías para familiarizarse con los ritmos. Bailes de la zona norte, tales como huayno y taqui-rari.

Firma prestador de los servicios	
---	--

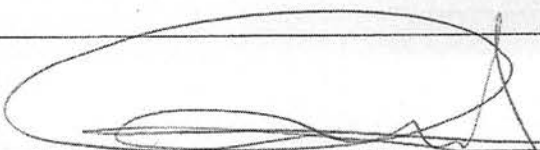
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	ACUÑA MARTINEZ FELIPE ANDRES		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	BAILE FOLCLORICO	VIE 15:30-17:30	---	CHESTERTON 7159	8
T.7	CUECA BASICO	LUN 14:00-16:00	---	PAUL HARRIS 1558	8
T.8	DANZAS DE MI TIERRA-BAILE	SAB 10:00-12:00	---	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	16
T.9	DANZAS DE MI TIERRA-BAILE	LUN 18:00-20:00	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	20
T.10	NUEVOS AIRES-BAILE	VIE 20:00-22:00	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se revisan distintos ritmos y bailes de las distintas zonas de Chile; norte, centro y sur Se profundiza en la cueca tradicional, se trabaja en el paseo, vuelta inicial y cuadratura de tiempos. Se agrega deslizado y cambios de lugar.
T.7	Alumnos se preparan para aprender el baile nacional, la cueca. De forma paulatina se están preparando con deslizado, escobillado y zapateo para incorporarlos en la estructura de la cueca tradicional, paseo, vuelta inicial y cuadratura de tiempos. Se agrega cambios de lugar y argumentos de la cueca.
T.8	Se prepara cuadro de zona centro con bailes como sajuriana y gato. Se agrega resfalosa y cordillerana.
T.9	Se prepara cuadro de norte religioso con chinas morenas, diablos rojos, figurines, caporal y gitanos.
T.10	Bailes para el cuadro del este año, danzas de 1800 donde se tiene que expresar la esencia de la época y la forma de bailar; se trabaja cueca valseada, sajuria de pañuelo y sama cueca.

Firma prestador de los servicios	
---	--

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

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	ACUÑA MARTINEZ FELIPE ANDRES		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

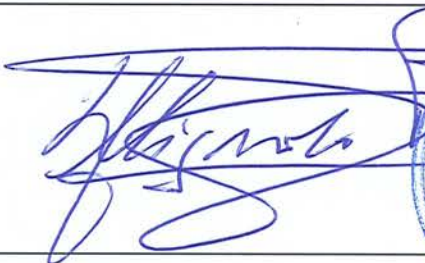
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	NUEVOS AIRES-BAILE	MIE 20:30-22:30	---	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	7
T.12	---	---	---	---	
T.13	---	---	---	---	
T.14	---	---	---	---	
T.15	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Se practican y perfeccionan los bailes del cuadro: mazurca, vals salón, sama cueca y seguidilla. Se agregan cueca valseada y sajuria de pañuelo.
T.12	
T.13	
T.14	
T.15	

Firma prestador de los servicios	
---	--

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. ACUÑA MARTINEZ FELIPE ANDRES, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

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 AGOSTO 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. ACUÑA MARTINEZ FELIPE ANDRES.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

T.1

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Amamur Chileno

LUGAR DE EJECUCIÓN
Santa Zita 9135

NOMBRE DEL PROFESOR
Felipe Ruano

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes de 22⁰⁰ a 23⁰⁰ hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°																			
			FECHA																			
1	<i>Indira Ruano</i>		04/Julio																			
2	<i>Jaime Ruano</i>		11/Julio																			
3	<i>Diego Ruano</i>		18/Julio																			
4	<i>Valentina Perez</i>		25/Julio																			
5	<i>Joelyn Rojas</i>		01/Ago																			
6	<i>Almendra Ruano</i>		08/Ago																			
7	<i>Matias Garrido</i>		15/Ago																			
8	<i>Felipe Ruano</i>		22/Ago																			
9	<i>Rodrigo Ramirez</i>		29/Ago																			
10	<i>Nelson ALGUIERO</i>		05/Sep																			
11	<i>Camilo Ramirez</i>		12/Sep																			
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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

DEPARTAMENTO
Programas, Talentos

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

F. TÉRMINO

PROGRAMA	Talleres recreativos, de des
----------	------------------------------

[illegible][illegible]

~~FIRMA-PROFESOR~~

T.2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Amanecer Chileno.	Patricio 9110.

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Felipe Auña	Wnes 20 ⁰⁰ a 22 ⁰⁰

	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
					7/Abril	14/Abril	21/Abril	28/Abril	5/Mayo	12/Mayo	19/Mayo	26/Mayo	2/Junio	9/Junio	16/Junio	23/Junio	30/Junio	7/Julio	14/Julio	21/Julio	28/Julio	4/Ago.	11/Ago.	18/Ago.
1	FELIPE Lippi																							
2	Jocelyn Rojas.																							
3	Valentina Perez																							
4	Isidora Auña.												X											
5	Jaime Auña.												X											
6	Diego Auña																							
7	Rodrigo Ramirez																							
8	Almeida Aranda.																							
9	Natias Capedo.																							
10	Nelson ALGUERNO																							
11	Camilo Ramirez																				X	X	X	
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																								
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

T.3

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Aerobics

LUGAR DE EJECUCIÓN

Patricio

NOMBRE DEL PROFESOR

Felipe Basso

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Lunes de 22^a a 23^{ra}NOMBRE COMPLETO
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
07/Julio	14/Julio	21/Julio	28/Julio	04/Ago	11/Ago	18/Ago	25/Ago	01/Sep	08/Sep	15/Sep	22/Sep	29/Sep	06/Oct	13/Oct	20/Oct	27/Oct	03/Nov	10/Nov	17/Nov

1	Indora Acuña									X									
2	Fai me Acuña								X										
3	Diego Acuña																		
4	Valentino Lora																		
5	Isabel Rojas																		
6	María Gabriela																		
7	María Gabriela																		
8	Felipe Basso																		
9	Rodrigo Basso																		
10	Nelson ALGUEIRO																		
11	Camilo Ramirez																		
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

T. 4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Ballet Folclorico	Vital Apoguindo Oriente
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Felipe Aruiza	Miercoles, 18 ⁰⁰ a 20 ⁰⁰

	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
				19/Marzo	26/Marzo	2/1 Abril	9/1 Abril	16/Abril	23/Abril	30/Abril	7/Mayo	14/Mayo	21/Mayo	28/Mayo	4/Julio	11/Julio	18/Julio	25/Julio	1/Agosto	8/Agosto	15/Agosto	22/Agosto	29/Agosto
1	Trinidad Basave.																						
2	Julietta Basave.																						
3	Dominique DOTTÉ																						
4	Trinidad Campuzano																						
5	Jose Eduardo Areituna																						
6	Ramin Campuzano																						
7	Rafilde Henriquez																						
8	Khalissi Vasquez																						
9	Nakeo Salas																						
10	Luz Lopez																						
11	Isadana Iizama.																						
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO
Gestión de Contratos y Talleres

INSCRIPCION MINIMA :

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

PROGRAMA
Talleres Perceptivos y de Desapeño.

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

T. 7

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Cueca Basico

LUGAR DE EJECUCION

Vital Apoguincho Orient

NOMBRE DEL PROFESOR

Felipe Avila

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes 14⁰⁰ a 16⁰⁰

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES FECHA	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				17/04/20	24/04/20	31/05/20	7/06/20	14/06/20	21/06/20	28/06/20	5/07/20	12/07/20	19/07/20	26/07/20	2/08/20	9/08/20	16/08/20	23/08/20	30/08/20	6/09/20	13/09/20	20/09/20	27/09/20
1	Leandro Rorrino																						
2	M ^a Eugenia Thetinez																						
3	Gladys Ciedenas																						
4	Torres PIZZARRO																						
5	YADIA Ruiz																						
6	Diego Avila																						
7	Isabelyn Rojas																						
8	Felipe Lippi																						
9	Valentinas Perez																						
10	Robinson Riquelme																						
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

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.

DE ASISTENCIA

F. TERMINO

PROGRAMA
Talleres de capacitación y de

8

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

T.5

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Baile Folclórico

LUGAR DE EJECUCION

Vital Apogundo Orient.

NOMBRE DEL PROFESOR

Felipe Añón

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves, 10⁰⁰ a 22⁰⁰

	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
				20/11/2020	21/11/2020	22/11/2020	23/11/2020	24/11/2020	25/11/2020	26/11/2020	27/11/2020	28/11/2020	29/11/2020	30/11/2020	01/12/2020	02/12/2020	03/12/2020	04/12/2020	05/12/2020	06/12/2020	07/12/2020	08/12/2020	09/12/2020
1	Rodrigo Ramirez																						
2	Rafael Baquedano																						
3	Diego Añón																						
4	Almendra Aranda																						
5	Jaime Añón																						
6	Jorelyn Rojas																						
7	Felipe Lippi																						
8	Valentina Perez																						
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA :

8

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

PROGRAMA

Talleres recreativos y talleres.

	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. MEDICO

(SI / NO)

(SI / NO)

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

FIRMA PROFESOR

T. 8

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Amigos de la tierra - Seminario	Santa Rita 9135

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Felipe Aurora Castillo	Reun. de 18 ⁰⁰ a 20 ⁰⁰

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
			FECHA																			
1 Valentina Nujica			07/Julio																			
2 Jose Eduardo			14/Julio																			
3 Tleini Camposano			21/Julio																			
4 Sofia Camposano			28/Julio																			
5 Domi Dotte			05/Ago																			
6 Tatilda Henriquez			12/Ago																			
7 Long Baraltoma			19/Ago																			
8 Nataniel Fernandez			26/Ago																			
9 Ramon Camposano			02/Sep																			
10 Mateo Salas			09/Sep																			
11 Florencia Basurk			16/Sep																			
12 Nina Aurora			23/Sep																			
13 Jose Manuel Areituna			30/Sep																			
14 Martin Candenas			07/Oct																			
15 Ignacia Canales			14/Oct																			
16 Julieta Basurk			21/Oct																			
17 Trinidad Basurk			28/Oct																			
18 Akessi Vasquez			04/Nov																			
19 Anaia Lopez			11/Nov																			
20 Fabiana Guedez			18/Nov																			
21 Isadora Lizama			25/Nov																			
22 Renata Bernaldes			02/Dic																			
23 Rafaela Bernaldes			09/Dic																			
24 Luz Lopez			16/Dic																			
25 Emily Castillo			23/Dic																			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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 EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA	
Talleres Recreativos de 1º de	

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

T.9

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
DANZAS DE MI TIERRA

LUGAR DE EJECUCIÓN
C.C. Santa Zita.

NOMBRE DEL PROFESOR
FELIPE ACUÑA

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 20:00 a 22:00

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	03-MAYO	10-MAYO	17-MAYO	24-MAYO	31-MAYO	7-JUNIO	14-JUNIO	21-JUNIO	28-JUNIO	5-JULIO	12-JULIO	19-JULIO	26-JULIO	2-AGO	9-AGO	16-AGO	23-AGO	30-AGO	6-SEPT
1 ISIDORA ACUÑA MARTINEZ	P	P													X							
2 ANAIS LABOS ARMISO	P	P												X		X						
3 M ^o JACQUELINE CARTER ZUÑIGA	P	P											X		X				X			
4 LUKAS HENRIQUEZ MATUS	P	P						X			X	X		X		X		X	X	X		
5 EDUARDO CAMPUSANO CONTARDO	P	P						X	X	X					X			X	X	X	X	
6 FERNANDA SOTELLO FERNANDEZ	P	P				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7 FLORENCIA BASCUIR ACEITUNO	P	P											X									
8 DIANA ESTRELLA MUÑOZ	P	P														X	X					
9 CAROLINA AREVALO MIRANDA	P	P														X	X	X	X	X	X	
10 KAINA SEPULVEDA LOPEZ	P	P				X	X			X				X		X	X					
11 FRANCISCO HERNANDEZ EDOY	P	P						X								X	X					
12 TRIBAL SEPULVEDA LOPEZ	P	P				X				X			X			X						
13 RENATA BERNALES LIZANA	P	P				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
14 ISABEL PALMA HERRERA	P	P					X							X	X	X	X	X	X	X		
15 ISABEL CAMPUSANO PALMA	P	P							X	X				X						X		
16 MIGUEL CAMPUSANO PALMA	P	P												X	X							
17 GIANNINA BASCUIR	X					X						X			X							
18 MARTIN ROSAS																			X			
19 NICOLAS CAMPUSANO													X		X							
20 AGUSTINA ROSAS															X	X						
21 MATIAS HERRERA													X		X	X	X	X				
22 MARTINA CARREÑO																						
23 ALDO MULLA LENO																						
24 VANESSA SUAREZ																				X		
25 JOSE CARREÑO																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
Gestión de Contratos y Talleres.

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Desarrollo Psicológico.

	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)
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO


FIRMA PROFESOR

T. 10

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Urnos Aires

LUGAR DE EJECUCIÓN
Santa Zita 9135

NOMBRE DEL PROFESOR
Felipe Ruiz

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes de 20:00 a 22:00

	NOMBRE 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
				04/Jul	11/Jul	18/Jul	25/Jul	01/Ago	08/Ago	15/Ago	22/Ago	29/Ago	05/Sep	12/Sep	19/Sep	26/Sep	03/Oct	10/Oct	17/Oct	24/Oct	31/Oct	07/Nov	14/Nov
1	<i>Juan Carlos Martínez</i>																						
2	<i>Juan Carlos de la Fuente</i>							X															
3	<i>Christian Fuentes</i>																						
4	<i>Angelita Roja</i>																X	X	X				
5	<i>Terney Villegas</i>																						
6	<i>Rosa Rubio</i>																		X				
7	<i>Yamirio Riera</i>																X	X	X				
8	<i>Augustina Ruiz</i>																				X	X	
9	<i>Rosa María Garrido</i>								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	<i>Juan Alfaro</i>							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	<i>Cynthia Saavedra</i>							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	<i>Luis Zúñiga</i>																						
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

7	DEPARTAMENTO
	Programas, talleres

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Des

[illegible]

FIRMA PROFESOR

T.M

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Nuevos Aires	Santa Rita 9135
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Felipe Arana	Miércoles 20:30 a 22:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)				S E S I O N E S	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				F E C H A		2/Abril	9/Abril	16/Abril	23/Abril	30/Abril	7/Mayo	14/Mayo	21/Mayo	28/Mayo	4/Junio	11/Junio	18/Junio	25/Junio	2/Julio	9/Julio	16/Julio	23/Julio	30/Julio	6/Ago	13/Ago
1	Mª Eugenia Martínez																								
2	Mª Eugenia De la Fuente										X														
3	CHRISTIAN Fuentes																								X
4	Angelita Noya																								
5	Fernery Villagra																								
6	Rosa Rubio																								
7	Paukio Rivera																X	X	X	X					
8	Augustina Muñoz													X		X							X	X	X
9	Ama Paria Garrido										X			X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
10	Juan Altano									X	X	X		X	X	X	X	X	X	X			X	X	X
11	Cinthia Savedra									X	X			X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
12	Luis Zuñiga																								
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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 EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO
Programas y Talleres.

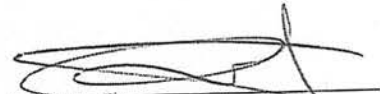
INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	10/ agosto	17/ agosto																		
1	.	.																		
2	.	.																		
3	.	.																		
4	.	.																		
5	.	.																		
6	.	.																		
7	.	.																		
8	X	X																		
9	X	X																		
10	X	X																		
11	X	X																		
12	.	.																		
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MÉDICO
(SI / NO)	(SI / NO)
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
SI	NO
NO	NO
SI	NO


FIRMA PROFESOR