

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ALVAREZ MALDONADO LAURA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	COLICHEO 1985	5
T.2	PILATES	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15	COLICHEO 1985	10
T.3	PILATES	LUN 12:15-13:15	MIE 12:15-13:15	PAUL HARRIS 701 (ESTADIO MUNICIPAL)	10
T.4	PILATES	LUN 10:15-11:15	VIE 08:50-09:50	LA CAPITANÍA 255	8
T.5	PILATES	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	ALCANTARA 434	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Durante este mes se realizaron las clases con banda elástica, balones y peso corporal, orientadas a potenciar fuerza, alineación postural y movilidad, generando mejoras concretas en control, funcionalidad y conciencia corporal.
T.2	Durante este mes se realizaron las clases con banda elástica, balones y peso corporal, orientadas a potenciar fuerza, alineación postural y movilidad, generando mejoras concretas en control, funcionalidad y conciencia corporal.
T.3	Durante este mes se realizaron las clases con banda elástica, balones y peso corporal, orientadas a potenciar fuerza, alineación postural y movilidad, generando mejoras concretas en control, funcionalidad y conciencia corporal.
T.4	Durante este mes se realizaron las clases con banda elástica, balones y peso corporal, orientadas a potenciar fuerza, alineación postural y movilidad, generando mejoras concretas en control, funcionalidad y conciencia corporal.
T.5	Durante este mes se realizaron las clases con banda elástica, balones y peso corporal, orientadas a potenciar fuerza, alineación postural y movilidad, generando mejoras concretas en control, funcionalidad y conciencia corporal.

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

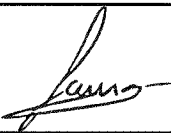
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ALVAREZ MALDONADO LAURA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

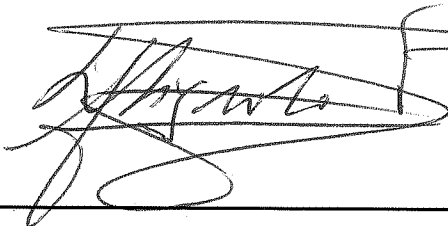
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PILATES	MIE 10:15-11:15	VIE 10:15-11:15	ALCANTARA 434	7
T.7	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 15:00-16:00	SAB 09:00-10:00	PARQUE ARAUCANO	23
T.8	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 16:00-17:00	SAB 10:00-11:00	PARQUE ARAUCANO	22
T.9	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 17:00-18:00	SAB 11:00-12:00	PARQUE ARAUCANO	27
T.10	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 18:00-19:00	SAB 12:00-13:00	PARQUE ARAUCANO	23

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Durante este mes se realizaron las clases con banda elástica, balones y peso corporal, orientadas a potenciar fuerza, alineación postural y movilidad, generando mejoras concretas en control, funcionalidad y conciencia corporal.
T.7	Conducción de balón con amague, cobertura de balón. Pase en altura. Control aéreo. Voleo con empeine, borde interno. Principios de juego defensivo: ubicación, marcación, despejar a la orilla, salir jugando.
T.8	Conducción de balón con amague, cobertura de balón. Pase en altura. Control aéreo. Voleo con empeine, borde interno. Principios de juego defensivo: ubicación, marcación, despejar a la orilla, salir jugando.
T.9	Conducción de balón con amague, cobertura de balón. Pase en altura. Control aéreo. Voleo con empeine, borde interno. Principios de juego defensivo: ubicación, marcación, despejar a la orilla, salir jugando.
T.10	Conducción de balón con amague, cobertura de balón. Pase en altura. Control aéreo. Voleo con empeine, borde interno. Principios de juego defensivo: ubicación, marcación, despejar a la orilla, salir jugando.

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. ALVAREZ MALDONADO LAURA, 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. ALVAREZ MALDONADO LAURA.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER

GINNASIA 58

LUGAR DE EJECUCION

Colinas 1985

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Anabel Maldonado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes y Jueves - 09:00 a 10:00

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
				05/08/2015	07/08/2015	12/08/2015	14/08/2015	19/08/2015	21/08/2015														
1	SALOMON KAMELO VIVIANA	P	P	P	P	P	P	P															
2	YAZEL LUNAS SUSANA	P	P	P	P	P	P	P															
3	VERGARA ALEGRIA SUSAN	P	P	P	P	P	P	P															
4	VIAL M ^a SOLEDAD																						
5	CARES CAUANO FRANCISCA	P	P	P	P	P	P	P															
6	OLIVOS VARGAS ADRIANA	J	J	J	J	J	J	J															
7	ABELLO DOMINGO ROSA	P	P	P	P	P	P	P															
8	ALCAY MORENO SONIA	J	J	J	J	J	J	J															
9	MENA VAQUEDOS ANGELICA	/	/	/	/	/	/	/															
10	TELLO CAROLINA																						
11	TOUZERY NANCY																						
12	MARQUEZ RITA						P	P															
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	5	5	5	6	6																	
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

ROL DE ASISTENCIA

PROGRAMA
Talleres recreativos y de desarrollo

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER

GIMNASIA 59

LUGAR DE EJECUCION

Colombo 1985

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Avariz Maldonado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MARTES Y JUEVES - 10:15 A 11:15

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
				05/08/2025	07/08/2025	12/08/2025	14/08/2025	19/08/2025	21/08/2025														
1	LUTTELKE COCHES M ^o REGINA			P	P	P	P	P	P														
2	MORAGA AUSA ELIKA			J	P	P	P	P	P														
3	COCHES LOYOLA NORMA			J	P	P	P	P	P														
4	COLLINS VASQUEZ M ^o SOLEDAD			P	P	P	P	P	P														
5	AGUIRRE PEREZ MARIA																						
6	SAUSSENE PRECHT VERONICA			P	P	P	P	P	P														
7	HAHN CLAUDIO																						
8	FLORES VASQUEZ ALICIA			P	P	P	P	P	P														
9	MARKENS FLATOW RITA			P	P	P	P																
10	MELINO MARGARITA																						
11	COCHES M ^o EMILY																						
12	WASSBUTH GRACIELA			P	P	P	P	P	P														
13	MELINO PAULINA			P	P	P	P	P	J														
14	MARRIOVEZ PATRICIA			P	P	P	P	P	P														
15	SOTO VERONICA							P	P														
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	8	10	10	10	10	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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/25

DEPARTAMENTO
DEPORTES

INSCRIPCION MINIMA : 10
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/25

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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
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																										


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER

Gimnasio 76

LUGAR DE EJECUCION

Estadio Municipal Paul Harris

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Avaroa Muñoz

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes y Miércoles - 12:15 a 13:15

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	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
				04/08/2025	06/08/2025	11/08/2025	13/08/2025	18/08/2025	20/08/2025														
1	AMPUERO González Silvia	P		P	P	P	P	P	P														
2	EGUIGUREN Barrio Francis	J		J	P	P	P	P	P														
3	FORNER Nasser Marie	P		J	J	P	P	P	J														
4	FREDONE Hayes Ana Maria	P		P	P	P	P	P	P														
5	HERRERA JARA M ^{ra} Pilar	J		P	P	P	P	P	P														
6	MELLADO Muñoz Clara																						
7	DETURAIL Simonetti Maria																						
8	SANHUELA Cano Luz	P		P	P	P	P	P	P														
9	UGASTE Sivigazol M ^{ra} Loreto	J		J	P	P	P	P	P														
10	VERUGIO Rojas M ^{ra} Argenia	P		J	J	J	P	P	P														
11	RUIZ GALEANO M ^{ra} Dolores	P		P	P	P	P	P	P														
12	URIBE MARGARITA	P		P	P	P	P	J	J														
13	ROMERO Tamara	P		P	P	P	P	P	P														
14	GONZÁLEZ M ^{ra} INES	P		P	P	P	J	P	P														
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

9810101110

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.

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
Deportes

12

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER

GIMNASIA 12

LUGAR DE EJECUCION

PLAZA DEL INCA - LA CAJAMARCA 255

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Alvarez Maldonado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes 10:15 - 11:15 y Viernes 08:50 - 09:40

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		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
				01/03/2025	02/03/2025	03/03/2025	04/03/2025	05/03/2025															
1	AMAR Maria Eugenia			P	P	P	P	J															
2	APARA LILIANA			J	P	J	P	P															
3	ARCE Lucia			P	P	P	J	P															
4	BENAVENTE ANA			P	P	P	P	P															
5	CALDERON Maria Cecilia			P	P	P	P	P															
6	CEVASCO Ana Verónica			J	P	P	P	P															
7	HINOJOSA Patricia			J	J	P	P	P															
8	PINTO AMPARO																						
9	PODUGES Vesna			J	P	P	P	P															
10	VARELA Maria			J	P	P	J	J															
11	NAVARRETE Maria TERESA			P	P	P	P	P															
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	9	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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO

17/03/25

DEPARTAMENTO

Deportes

INSCRIPCION MINIMA : 10
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

30/11/25

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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1																									Si	NO
2																									Si	NO
3																									Si	NO
4																									Si	NO
5																									NO	NO
6																									NO	NO
7																									NO	NO
8																									Si	NO
9																									NO	NO
10																									NO	NO
11																									Si	NO
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER

GIMNASIA 13

LUGAR DE EJECUCION

COLON 4000 - ALCANTARA 434

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Aimer Maldonado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES Y MIERCOLES 09:00 - 10:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					04/08/2025	06/08/2025	11/08/2025	13/08/2025	18/08/2025	20/08/2025														
1	ANALOS CISTERNAS M ^a O				P	P	P	P	P	P														
2	CARRASCO DIAZ AMELIA				P	P	P	P	P	P														
3	COX RABY SUSANA				J	P	P	P	P	P														
4	DORANQUEZ MOSTATO YESIA				J	P	P	P	J	P														
5	GONZALEZ LOPEZ DAVID				P	P	P	P	P	P														
6	LARAIN SANCHEZ BERNARDITA				/	/	/	P	P	J														
7	MANDIOLI SEPILANO M ^a EL RUI																							
8	ORTEGA FUENTAJIA XIMENA				/	/	/	/	/	/														
9	SEARLE PEGRE BARBARA				P	P	J	P	P	P														
10	VERGUGO MUÑOZ ARTELIA				P	P	P	P	P	P														
11	CARREON FRAEL OLIVERA				P	P	P	P	P	P														
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	6	8	7	9	8	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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
12/03/25

DEPARTAMENTO
DEPORTES

INSCRIPCION MINIMA : 10
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TALLERES RELATIVOS Y DE DESARROLLO.

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1																									Si	No
2																									Si	No
3																									Si	No
4																									Si	No
5																									Si	No
6																									Si	No
7																									Si	No
8																									Si	No
9																									Si	No
10																									Si	No
11																									Si	No
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
GIMNASIA 14	COLON 4000 - ALCAÑAL 434
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Laura Avaroa Margalejo	Miércoles y Viernes - 10:15 a 11:15

	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
				01/07/2021	06/07/2021	13/07/2021	20/07/2021	27/07/2021															
1	ASTROSA ALVARO M ^º GARCIA			P	P	P	P	P															
2	AVALES CISTERNAS M ^º OLIVIA			P	P	P	P	P															
3	BADILLA SANT M ^º TERESA			P	P	P	P	P															
4	CAJERON FELIX ORIANA																						
5	GONZALEZ LOPEZ DAVID			P	P	P	P	P															
6	LACRAN UNZUENGA ANA M.			P	P	P	P	P															
7	MORA ALBORNOZ JULIA			J	J	J	J	J															
8	ROSALLES GONZALEZ VERONICA			J	J	J	J	J															
9	ROSALLES VASQUEZ GARCIA			P	P	P	P	P															
10	SANCHEZ MESTRES M ^º RAQUEL			P	P	P	P	P															
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	6	7	7	7	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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO

17/03/25

DEPARTAMENTO

Deportes

INSCRIPCION MINIMA : 10
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO

30/11/25

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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1																									Si	No
2																									Si	No
3																									Si	No
4																									Si	No
5																									Si	No
6																									Si	No
7																									Si	No
8																									Si	No
9																									Si	No
10																									Si	No
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER

DEPORTES 25 - FÚTBOL MIXTO

LUGAR DE EJECUCION

PARRQUE ARRIANO

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Alvarez Maldonado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Miércoles 15:00 a 16:00 / Sábado 09:00 - 10:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		Nº	LUGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				02/08/2025	03/08/2025	04/08/2025	05/08/2025	06/08/2025	07/08/2025														
1	AGUILAR MIRANDA JOSE	P	J	P	P	P	P	P	P														
2	ALVARO SALINAS LUCAS	P	P	P	P	P	P	P	P														
3	ALVAREZ FRIAS CARLOS	P	P	P	P	P	P	P	J														
4	ALVAREZ FARIAS EDUARDO	P	P	P	P	P	P	P	P														
5	ALVAREZ AMALIDIA LUCAS	P	J	P	P	P	P	P	P														
6	BRESSAN BOGOTTI GENALO	P	J	P	P	P	P	P	P														
7	CAJUELAS SILVA FACUNDO	P	P	P	J	P	P	P	P														
8	CARCANO MOURA SIMON	P	P	P	P	P	P	P	P														
9	GONZALEZ BUSTAMANTE MARIA	P	P	P	P	P	P	P	P														
10	GULMAN HERNAN ALONSO	P	P	P	P	P	P	P	P														
11	JOHAN ANDRÉS SANTIAGO	P	P	J	P	P	P	P	P														
12	INOSTROZA TRONCOSO JULIAN	J	P	P	P	P	P	P	P														
13	LACAMIN RUIZ ALONSO	P	P	P	J	P	P	P	P														
14	MARTINEZ BAYLEY BENJAMIN	P	P	P	P	J	P	P	P														
15	MARTINEZ SEGUNDO	P	P	P	P	P	P	P	P														
16	MELLA GUERRA MARINA	J	P	P	P	P	P	P	P														
17	MENDEZ GARCIA BASTIAN	P	P	P	P	P	P	J	P														
18	MORALES LAGO JOSE	P	J	P	P	P	P	P	P														
19	ORFALI SALGADO JOAQUIN	P	P	P	J	P	P	P	P														
20	ORFALI EPUYAO THOMAS	P	P	P	P	P	P	J	P														
21	PARRA SANTIAGO AMANDA	P	P	J	P	P	P	P	P														
22	VALENZUELA CARRASCO JOAQUIN	P	P	P	P	P	P	P	P														
23	VARGAS HEISEN JOSE	P	P	P	P	P	P	P	P														
24	VELA UZUTIA IGNACIO	P	P	P	J	P	P	P	P														
25	VIVANCO DOS SANTOS HEYNO	P	P	P	P	P	P	P	P														

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
DEPARTAMENT

26

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible]

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER

Reportes 26 Curbal Mixto

LUGAR DE EJECUCION

Parque Andriano

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Alvarez Macanudo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Miércoles 16:00 - 17:00 / Sábado 10:00 - 11:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		N. SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				02/03/2025	06/03/2025	08/03/2025	13/03/2025	16/03/2025	20/03/2025														
1	ADAYA MARIAS	P	P	/	P	P	P	P	P														
2	BALAMONDES BRUNO	P	P	P	P	/	P	P	P														
3	BURTOS HANGU	P	P	/	P	P	P	P	P														
4	BUSCAGLIA DANTE	P	/	P	P	P	P	P	P														
5	CARWATH BARCELON	P	P	P	P	P	P	P	P														
6	CANEDES PRADENAS	P	P	/	/	P	P	P	P														
7	DEL CAMPO BELTRAN	J	P	P	/	P	P	P	P														
8	DELBADO ESTEBAN	P	P	P	P	/	P	P	P														
9	DIAZ ACEVEDO JUAN	J	P	P	P	P	P	P	P														
10	DUEÑAS GIACOMO	J	P	P	P	P	P	P	P														
11	ESCOBAN JOSE	P	P	J	P	/	P	P	P														
12	FERNANDEZ MATEO	/	P	P	P	P	P	P	P														
13	FUYEN LIAM	P	J	P	P	P	P	P	P														
14	LLOPIS BASTIAN	J	P	P	P	P	P	P	P														
15	MAZZEI ALBERTO	P	P	P	P	P	P	P	P														
16	NAVARRO MARTIN	/	P	P	P	P	P	P	P														
17	QUISPE WYATT ELIOS	P	P	P	P	P	P	P	P														
18	RADDALE MARIAS	P	J	P	P	/	P	P	P														
19	RANGEL DUQUE	J	P	P	P	/	P	P	P														
20	RIVERA DAMIAN	P	P	P	P	P	P	P	P														
21	RODRIGUEZ CRISTOBAL	P	P	P	P	P	P	P	P														
22	SALAZAR PEDRO LEON	P	P	P	P	/	P	P	P														
23	SOTO CONSTANZA	/	P	/	P	P	P	P	P														
24	SOTO TOMAS	P	P	P	P	P	P	P	P														
25	VALDENEGRO TOMAS	P	P	/	P	J	P	P	P														

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N° SESIONES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			07-08-2025	08-08-2025	09-08-2025	13-08-2025	16-08-2025	20-08-2025														
26	INIGO VANECA		P	P	J	P	P	P														
27	VITAL LOPE		P	P	P	P	P	P														
28	YAKI ROMA		P	P	/	/	P	P														
29	ZULUAGA ALAN JUAN		P	P	P	P	P	P														
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						
38																						
39																						
40																						
41																						
42																						
43																						
44																						
45																						
46																						
47																						
48																						
49																						
50																						
51																						
52																						
53																						
54																						
55																						
56																						
57																						
58																						
59																						
60																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	21	25	21	24	20	23																
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER

Rebotes 27 Fútbol Mixto

LUGAR DE EJECUCION

Parque Arancano

NOMBRE DEL PROFESOR

Laura Ansel Maldonado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viércoles 17:00 - 18:00 / Sábado 11:00 - 12:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		Nº	F	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					02/08/2025	06/08/2025	09/08/2025	13/08/2025	16/08/2025	20/08/2025														
1	GASPAR STUARDO		/	P	P	P	P	P	P	/														
2	DIEGO VIDAL CABRAXO		P	P	J	P	P	P	P															
3	MATEO CAVADA RIVEROS		P	P	P	P	P	P	P															
4	JOAQUIN FREDERICK		P	P	P	P	P	P	P															
5	FRANCIS FUENTES		/	P	P	P	P	P	P															
6	ABRAHAM GARCIA		P	P	P	P	P	P	P															
7	SANTIAGO BONZALOS		P	P	P	P	P	P	P															
8	CUCIANO BONZALOS		P	P	P	P	P	P	P															
9	BALTHAZAR DOMEZ		/	/	P	P	P	P	P															
10	DIEGO HOEFMEISTER		P	P	P	P	P	P	P															
11	AGUSTIN JARA		P	P	P	P	P	P	P															
12	CARLOS CABRAIN		P	P	P	P	P	P	P															
13	CUCAS COCOURT		P	P	P	P	P	P	P															
14	ALONSO CETTA		P	P	P	P	P	P	P															
15	BERNARDA GILLO		/	/	P	P	P	P	P															
16	JOAQUIN MARTINEZ		/	P	P	P	/	P																
17	GABRIEL MUNOZ		P	P	P	P	P	P	P															
18	PEDRO OLIVARES		P	/	P	P	P	P	P															
19	CUCAS ORTIZ		P	P	P	P	P	P	P															
20	BISMARCK OYOLA		P	P	J	P	P	P																
21	CAMIL PAVARETTE		P	P	P	P	P	/																
22	IAN RADIC		/	/	P	P	P	P																
23	TOMAS RAMOS		P	P	P	P	/	/																
24	FRANCO SALGADO		P	P	P	/	/	/																
25	CUCAS SAN MARTIN		/	P	P	/	P	P																

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
REPORT

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

34

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE RESOLUCIÓN

[illegible]

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N° SESIONES	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
26	AGUSTIN ZABALA		P	P	P	P	P	P														
27	CRISTOBAL SANCHEZ		P	P	P	P	P	P														
28	NICOLAS TURON		P	P	P	P	P	P														
29	MAXIMILIANO JALONZUELA		P	P	P	/	P	P														
30	SANTIAGO VERA		P	P	/	P	P	P														
31	JUAN VILLALOBOS		P	P	/	P	P	P														
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						
38																						
39																						
40																						
41																						
42																						
43																						
44																						
45																						
46																						
47																						
48																						
49																						
50																						
51																						
52																						
53																						
54																						
55																						
56																						
57																						
58																						
59																						
60																						
N° DE ASISTENTES POR SESION			24	23	23	23	23	23														

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44		¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)	
26																											NO	SI
27																											NO	SI
28																											NO	SI
29																											NO	SI
30																											NO	SI
31																											NO	SI
32																											NO	SI
33																												
34																												
35																												
36																												
37																												
38																												
39																												
40																												
41																												
42																												
43																												
44																												
45																												
46																												
47																												
48																												
49																												
50																												
51																												
52																												
53																												
54																												
55																												
56																												
57																												
58																												
59																												
60																												


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
Deportes 28 Kínders Leixto

LUGAR DE EJECUCION
Parque Arcaico

NOMBRE DEL PROFESOR
Luisa Amador Maldonado

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 18:00 a 19:00 - Sábado 12:00 - 13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N°	F	E	J	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	XAVIER Bustamante																								
2	Gabriel Carcamo																								
3	AMPARO Convallo																								
4	DAVID Cardero																								
5	JOSEFO Carrero																								
6	Giulanni Cruces																								
7	Sergio Gabez																								
8	Agustín Gancia																								
9	Fabundo Guinazu																								
10	Diego Hernandez																								
11	Miroslav Marinovic																								
12	Martín Millan																								
13	Juan Carlos Monero																								
14	Martín Ortiz																								
15	Carla Piedra																								
16	Jorge Peña																								
17	Andrés Pineda																								
18	Mariano Piquero																								
19	Esteban Piquero																								
20	Pablo Saenz																								
21	Clemente Silva																								
22	Castro Soto																								
23	Lucas Torres																								
24	Matteo Trigo																								
25	Pedro Van Aker																								

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/25

DEPARTAMENTO
República

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

27

F. TERMINO
30/01/25

PROGRAMA
Talleres de creativo y de diseño

Tallones de creativo y de desarrollo.

[illegible]

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N°	SESION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				02/08/2025	06/08/2025	09/08/2025	13/08/2025	16/08/2025	20/08/2025														
26	LEON VILLOA DIEGO	4	P	P	P	P	P	P															
27																							
28																							
29																							
30																							
31																							
32																							
33																							
34																							
35																							
36																							
37																							
38																							
39																							
40																							
41																							
42																							
43																							
44																							
45																							
46																							
47																							
48																							
49																							
50																							
51																							
52																							
53																							
54																							
55																							
56																							
57																							
58																							
59																							
60																							
N° DE ASISTENTES POR SESION		23	22	24	22	25	23																

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

evaluar continuidad del:

[illegible]


FIRMA PROFESOR

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del minimo se
debe

evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44			
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										NO	NO
27																										NO	NO
28																										NO	NO
29																										NO	NO
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		RESIDENCIA	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				02/08/2025	06/08/2025	09/08/2025	13/08/2025	16/08/2025	20/08/2025														
26	Alex Vega			P	P	P	P	P	P														
27	Santiago Izquierdo			P	P	P	P	P	P														
28																							
29																							
30																							
31																							
32																							
33																							
34																							
35																							
36																							
37																							
38																							
39																							
40																							
41																							
42																							
43																							
44																							
45																							
46																							
47																							
48																							
49																							
50																							
51																							
52																							
53																							
54																							
55																							
56																							
57																							
58																							
59																							
60																							
N° DE ASISTENTES POR SESION				24	23	24	23	20	24														

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del i

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44			
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										NO	NO
27																										NO	NO
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											


FIRMA PROFESOR

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

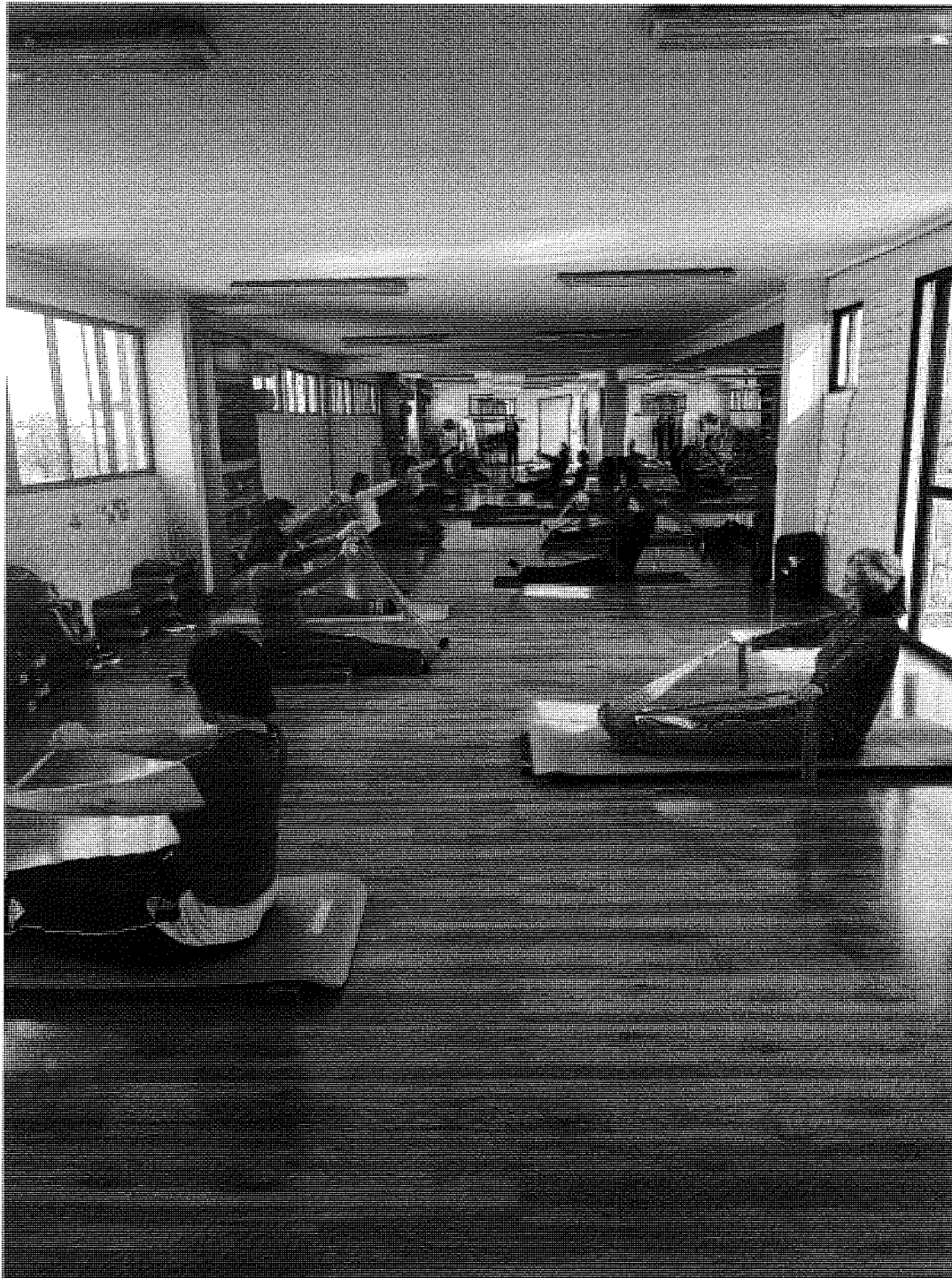
Taller 1:



Taller 2:



Taller 3:



Taller 4:



Taller 5:



Taller 6:

