LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	AQUEZ LUNA MARIA ANGELICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DANZA ARABE BASICO	SAB 09:00-10:30	---	CHESTERTON 7159	6
T.2	DANZA ARABE BASICO	MAR 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.3	DANZA ARABE BASICO	MAR 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.4	DANZA ARABE BASICO	SAB 10:40-12:10	---	CHESTERTON 7159	6
T.5	DANZA ARABE BASICO	VIE 17:15-19:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	El curso de niñitas trabajó con los pasos básicos como el punteo, ocho de cadera y paso de remo, todo esto al compás de la música y el velo.
T.2	Este curso de adulto, está trabajando una coreografía de velo. Aprendieron a escuchar la música y los instrumentos, ya que esto les va dar la pauta para girar el velo y los movimientos de sus caderas.
T.3	Este es un curso de adulto mayor están trabajando con un implemento que es el Pericón. Tienen que escuchar la música y mover el pericón y sus caderas. Este curso trabajo con los movimientos de una falda gitana.
T.4	Este curso es de niñitas y están trabajando la percusión. Donde tienen que escuchar la música y mover sus caderas y cabeza con el shimmies. También están trabajando en una coreografía.
T.5	Curso de adulto mayor que trabajan con los diferentes movimiento de brazo, caderas y con desplazamiento con el paso de cros. Ellas tienen que aprender a trabajar sus miedos bailando árabe. Este curso trabaja una coreografía de gitana árabe.

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	AQUEZ LUNA MARIA ANGELICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	DANZA ARABE BASICO	JUE 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	8
T.7	DANZA ARABE BASICO	JUE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	7
T.8	DANZA ARABE BASICO	VIE 09:30-11:30	---	LA CAPITANIA 255	6
T.9	DANZA ARABE BASICO	MAR 18:00-20:00	---	LA CAPITANIA 255	7
T.10	DANZA ARABE BASICO	JUE 18:00-20:00	---	LA CAPITANIA 255	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Las alumnas trabajaron en escuchar la música e identificar los instrumentos para bailar de acuerdo a los pasos aprendido, como la volcada, camello y maya. También tienen que identificar si lo que escuchan es un baladí o folclore árabe.
T.7	Trabajaron con un implemento que se llama melaya. Están viendo una coreografía de melaya la que trabaja la coquetería, se marca mucho las caderas y es graciosa.
T.8	Las alumnas trabajaron con un implemento que es el velo, tienen que trabajar con los diferentes giros, aparte tienen que mover las caderas con la música. Vieron el desplazamiento con el paso de chasse y los pasos de remo.
T.9	Este curso trabajo con el desplazamiento y a la vez el movimiento de brazos de serpiente. También trabajaron en escuchar la música, al cantar las canciones ellas aprenden a respirar al bailar.
T.10	Las alumnas trabajaron en una mano con un implemento que es el abanico y la otra mano el movimiento de serpiente. También se trabajó con los pasos de hágala.

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	AQUEZ LUNA MARIA ANGELICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	DANZA ARABE BASICO	MIE 17:15-19:15	---	CAMINO EL ALBA 8990	5
T.12	DANZA ARABE BASICO	LUN 16:10-18:10	---	ALCANTARA 434	8
T.13	DANZA ARABE BASICO	SAB 12:20-13:50	---	CHESTERTON 7159	7
T.14	DANZA ARABE BASICO	MAR 15:00-17:00	---	TOMAS MORO 1172	6
T.15	DANZA ARABE BASICO	MIE 14:45-16:45	---	ZANZIBAR PONIENTE 7024	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Este curso trabajo con los pasos básicos como es el hip drops en el lugar, con desplazamiento paso de cros. Movimientos suaves de brazo y su movimiento de tierra como es el shimmy, acompañado con el velo.
T.12	Se trabajó con la sensualidad de la bailarina y escuchando la música con los movimientos de camello y mayas. Aprendieron a identificar entre música para saidi o baladí.
T.13	Es un curso que trabaja con veils y están preparando una coreografía. Aprendieron a desplazarse por el escenario con chasse y con el descaderado. Trabajaron con los movimientos de shimmy de cabeza.
T.14	Este curso está viendo los pasos básicos y movimiento de velo. Trabajaron en una danza llamada khaleegy, que se baila en el Golfo.
T.15	Este curso vieron los pasos de hip drops o punteo en el lugar. Movimiento de serpiente con los brazos. Movimiento de camello y volcada. Utilizaron el velo como burka.

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	AQUEZ LUNA MARIA ANGELICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.16	DANZA ARABE INTERMEDIO	VIE 19:30-21:30	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	7
T.17	DANZA ARABE INTERMEDIO	MIE 19:30-21:30	---	CHESTERTON 7159	7
T.18	DANZA ARABE INTERMEDIO	LUN 19:00-21:00	---	CHESTERTON 7159	7
T.19	DANZA ARABE INTERMEDIO	LUN 10:15-12:15	---	ROSA OHIGGINS 54	7
T.20	DANZA ARABE INTERMEDIO	MIE 11:25-13:25	---	DRA. ELOISA DIAZ 6471	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.16	Este curso trabajo con un implemento que el es candelabro o Raks al shamadan y su historia. Movimientos suaves de sus caderas y brazos, equilibrar el candelabro en la cabeza.
T.17	Aprendieron a trabajar la sensualidad de la bailarina con el burlesque árabe. Utilizaron dos implementos que son corbata y silla. Desplazamiento con el paso de arabesk.
T.18	Este curso trabajo con los giros en el lugar y con desplazamiento, trabajaron con el oído musical ya que deben identificar si la música es folclore o baladí. Están preparando una coreografía de alas de Isis.
T.19	Pasos básicos como el punteo, desplazamiento con chasse, giros suaves en el lugar. Aprender a bailar con música no árabe pero si con los diferentes pasos árabes. Trabajaron con el folclore árabe y su historia.
T.20	Este curso trabajo con la historia de la danza árabe e identificar cuando es folclore o un shaabi, baladí. Este curso trabajo el folclore árabe con un implemento que es, el bastón. Saben identificar entre un saidi y el Dabke.

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. AQUEZ LUNA MARIA ANGELICA, 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. AQUEZ LUNA MARIA ANGELICA.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, **AGOSTO** (mes) de 2025 (año)

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Árabe	Chostonton 715p

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mónica Díaz	Sábado 9 hs A 10:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			marzo 22	marzo 29	abril 5	abril 12	abril 26	mayo 10	mayo 24	mayo 31	junio 7	junio 14	junio 21	junio 28	julio 5	julio 12	julio 19	julio 26	agosto 2	agosto 9	agosto 16	
1	Florencia Bernal		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	Eva Lucía Ramírez		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	
3	Sofía González		J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	
4	Violeta Herrero		P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	Isabella González		J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	
6	Antonia Brito		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	
7	Camila Lemus		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	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

F. INICIO	DEPARTAMENTO
22 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Danza Árabe	Hernando Magallanes 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Mª Angélica Álvez	Martes 9 . a 11.

	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
			Marzo 18	Marzo 25	Abril 1	Abril 8	Abril 15	Abril 22	Abril 29	Mayo 6	Mayo 13	Mayo 20	Mayo 27	Junio 3	Junio 10	Junio 17	Junio 24	Julio 1	Julio 8	Julio 15	Julio 29	Agosto 5
1	Wilma Cortes		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Jimena Rojas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Loreto Velasco		J	P	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	Mª Dolores Cuevas		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Francisca Chávez		P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Glenda Graña							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Nelly Ulloa																					P
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7

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
18 MARZO	Gestion de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

	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)
	AGOSTO 12	AGOSTO 19																				
1	P	P																			NO	
2	P	P																			NO	
3	R	R																			SI	
4	P	P																			NO	
5	P	P																			NO	
6	P	P																			NO	
7	P	P																			NO	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6																				

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Danza	Hernando Magallanes 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mercedes Díaz	Martes 11:15 a 13:15

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	Marzo 18	Marzo 25	Abril 1	Abril 8	Abril 15	Abril 22	Abril 29	Mayo 6	Mayo 13	Mayo 20	Mayo 27	Junio 3	Junio 10	Junio 17	Junio 24	Julio 1	Julio 8	Julio 15	Julio 22	Julio 29
1	Carolina Martinez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Esther Romero	J	J	J	P	J	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J
3	Mercedes Dellepiane	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Mª Soledad Menendez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Silvia Quintana	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Magdalena Cuevas							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Nelly Ortiz																				
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	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

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18 MARZO	GESTION TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

	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)
	AGOSTO 5	AGOSTO 12	AGOSTO 19																			
1	P	P	P																		Si	
2	S	S	S																		Si	
3	P	P	P																		Si	
4	P	P	P																		NO	
5	P	P	P																		Si	
6	P	P	P																		Si	
7	P	P	P																			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5	6	6																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Chesterton 7159

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Dolores Díaz	Sabado 10:40 a 12:10

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	22	29	5	12	26	10	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	
1	Elisa Sandoval		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	Emma Rivas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Pascuala Maylef		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	Diana Barrera		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	Raquel Ortiz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	Yohana Villalobos		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
7	Elisa Pinochet		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
8	Amelia Barrios																P	P	P	P	P	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
22 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Adulto	Hernando Magallanes 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angelica Díaz	Viernes 16:30 a 18:30 h.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			Marzo 21	Marzo 28	Abril 4	Abril 11	Abril 25	Mayo 9	Mayo 16	Mayo 23	Mayo 30	Junio 6	Junio 13	Junio 27	Julio 4	Julio 11	Julio 18	Julio 25	Agosto 1	Agosto 8		
1	Mª Isabel Ortega		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	Carolina Montiel		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Paolina Vidal		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	Carmen Gloria Restano		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P		
5	Veronica Alvarez					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Gloria Rosales		P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	R	R	R	R	R		
7	Mª Tilde Mopio		P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	R	R	R	R	R		
8	Paula Bayer																	J	J	J		
9	Mª Angelica Alvayo																	P	P	P		
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	6	5	7	7	7	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	DEPARTAMENTO
21 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
20 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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																					SI	
2																					SI	
3																					SI	
4																					SI	
5																					SI	
6																					SI	
7																					SI	
8																					SI	
9																					SI	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Salsa	Hernando Magallanes 1487

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angélica Acevez	Jueves 9 h a 11 h

	SESIONES / NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	Marzo 20	Marzo 27	Abril 3	Abril 10	Abril 17	Abril 24	Mayo 8	Mayo 15	Mayo 22	Mayo 29	Junio 5	Junio 12	Junio 19	Junio 26	Julio 3	Julio 10	Julio 17	Julio 24	Julio 31	Agosto 7
1	Nilma Cortes	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Katherine Bermudez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Jocelyn Rojas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Liberto del Pino	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P
5	Angela Rivera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Glenda Gatas						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Carmen Ivanovic															P	P	J	P	P	P
8	Paulina Paredes																	P	P	P	P
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	N° DE ASISTENTES POR SESION	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	8	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Árabe	Hernando Magallanes 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angeles Alvez	Jueves 11:15 a 13:15.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		Mes	Marzo	Marzo	Abril	Abril	Abril	Abril	Mayo	Mayo	Mayo	Mayo	Junio	Junio	Junio	Junio	Julio	Julio	Julio	Julio	Julio	Agosto
		Día	20	27	3	10	17	24	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7
1	Mª Angelica Alegria		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
2	Graciela Fuentes		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Carolina Montiel		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Soledad Mauriquez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Rosario Salas Araya		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Silvia Quintano		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Berta Fuentes		J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Corina Luna		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	6	8	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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)
	AGOSTO 14	AGOSTO 21																				
1	P	P																			Si	
2	P	S																			Si	
3	P	P																			Si	
4	P	P																			Si	
5	P	P																			Si	
6	P	P																			Si	
7	P	S																			Si	
8	P	P																			NO	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	8	6																				

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Árabe	La Capitanía 255

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
María Angélica Díaz	Viernes 9:30 a 11:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			marzo 21	marzo 28	abril 4	abril 11	abril 25	mayo 2	mayo 9	mayo 16	mayo 23	mayo 30	junio 6	junio 13	junio 27	julio 4	julio 11	julio 18	julio 25	agosto 1	agosto 8	
1	Ana Verdugo		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	
2	Maria Teresa Herrera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	
3	Gloria Muñoz		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	Claudia Gutiérrez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	Francisca Rivera		P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	R	R	R	R	R	R	R	R	
6	Scarlett Ayala		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J	
7	Lucas Halsby											P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8	Andrea Abarca												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																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	8	8	7	7	7	7	7	7	7	

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	DEPARTAMENTO
21 MARZO	GESTIÓN DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Salsa	Hospitalidad 255

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Soledad Alvarez	Martes 18:00 hrs a 20:00 hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	SESIONES / FECHA	marzo 18	marzo 25	abril 1	abril 8	abril 15	abril 22	abril 29	mayo 6	mayo 13	mayo 20	mayo 27	junio 3	junio 10	junio 17	junio 24	julio 1	julio 8	julio 15	julio 22	julio 29
1	Gaby Bochard	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
2	Mary Riego	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Esther Suarez	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Myriam Torres	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	/	/
5	Mª Victoria Ruiz Tagle	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P
6	Odette Inostroza	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Elsa Chodimen				P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Jessica Lagos	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		P	P	P	P
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION	7	7	7	8	8	7	8	8	7	8	8	8	8	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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)
	5 AGOSTO	12 AGOSTO	19 AGOSTO																			
1	P	P	P																		Si	
2	P	P	P																		Si	
3	P	P	S																		Si	
4	R	R	R																		Si	
5	P	P	P																		Si	
6	P	P	P																		NO	
7	P	P	P																		Si	
8	P	P	P																		NO	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	7	6																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	La Capitania 255

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angelica Alvarez	Jueves 18:00 hr A 20:00 hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			20	27	3	10	17	24	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	27	31	7
1	Gloria Abu Tridy		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Mª Angelica Diaz		P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P
3	Bernardita Soto		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J
4	Odette Inostroza		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Jessica Lagos		P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
6	Lucia Halaby		P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
7	Gloria Arellano		P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J
8	Ruth Moreno							P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	R	R
9	Mª Soledad Delgado																			J	J	J
10	Viviana Rosario																					
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	5	5	5	6	5	6	5	5	5	6	6	6	4	4	7	4	4

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	DEPARTAMENTO
20 Noviembre	Gestion de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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)
	14 Agosto	21 Agosto																				
1	P	P																			Si	
2	J	J																			Si	
3	P	P																			Si	
4	P	P																			Si	
5	P	P																			Si	
6	R	R																			Si	
7	J	S																			Si	
8	R	R																			Si	
9	P	S																			Si	
10	P	P																			NO	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	5																				

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Camino el Alba 8990

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angelica Alvarez	Miercoles 17:15 a 19:15.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			Marzo 19	Marzo 26	Abril 2	Abril 9	Abril 16	Abril 23	Abril 30	Mayo 7	Mayo 14	Mayo 28	Junio 4	Junio 11	Junio 18	Junio 25	Julio 2	Julio 9	Julio 23	Julio 30	Agosto 6	Agosto 13
1	Marina Jiménez		P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Carmen Bravo		P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
3	Helia Urbina		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	Maritza Reyes		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Belkeli Muñoz		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Natalia Hernandez		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Tatiana Pace		P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	R	R
8	Trinidad																		P	J	/	/
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	7	7

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	DEPARTAMENTO
19 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIembre	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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)
	20 x 65 TR																					
1	P																				SI	
2	P																				SI	
3	S																				SI	
4	P																				SI	
5	S																				NO	
6	P																				NO	
7	R																				SI	
8	S																				NO	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	4																					

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Alcantara #434

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angelica Alvarez	Lunes 16:10 h a 18:10 hr

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	SESIONES / FECHA	marzo 17	marzo 24	marzo 31	abril 7	abril 14	abril 21	abril 28	mayo 5	mayo 12	mayo 19	mayo 26	junio 2	junio 9	junio 16	junio 23	junio 30	julio 7	julio 14	julio 21	julio 28
1	Libertad Pavez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Pilar Undurraga	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Irene Carrasco	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P
4	Paola Alsuarris	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
5	Ruth Benavente	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Adriana Jamed	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Veronica Rivera	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Veronica March						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 DE ASISTENTES POR SESION	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17 MAYO 10	Gestion de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE 2010	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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)
	4 AGOSTO	11 AGOSTO	18 AGOSTO																			
1	P	P	P																		Si	
2	P	P	P																		NO	
3	P	P	S																		Si	
4	P	P	P																		NO	
5	P	P	P																		Si	
6	P	P	P																		Si	
7	P	P	P																		Si	
8	P	P	P																		Si	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	8	8	7																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Árabe	Chesterton 7150

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angelica Arauz	sabado 12:20 a 13:50 h

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	marzo 22	marzo 29	abril 5	abril 12	abril 26	mayo 10	mayo 24	mayo 31	junio 7	junio 14	junio 21	junio 28	julio 5	julio 12	julio 19	julio 26	agosto 2	agosto 9	agosto 16	
1	Rocio Arsuna		S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	Renata Sepulveda		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Esperanza Garcia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	Amira Fainlie		S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	Sofia Pena		S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	Ignacia Picand		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7	Amelie Helfenstein																	P	P	P	P	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	

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	DEPARTAMENTO
22 MARZO	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Danza	Tomas Moro #1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Paz Díaz Alvarez	Martes 15:00 a 17:00 hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			marzo 18	marzo 25	abril 1	abril 8	abril 15	abril 22	abril 29	mayo 6	mayo 13	mayo 20	mayo 27	junio 3	junio 10	junio 17	junio 24	julio 1	julio 8	julio 15	julio 22	julio 29
1	Pilar Urdurraga		P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Vilma Lopez		P	P	P	P	P	P	P	P	S	S	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Katherine Bermudez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Eugenia Herrera		P	P	P	P	P	P	P	P	S	S	S	S	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Diana Cousillos		S	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Ana Urdurraga				P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/
7	Jesus Castro			P	P	P	P	S	P	P	P	S	S	S	S	S	S	P	S	S	S	S
8	Carolina Montiel																					
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18 MARZO	GOSTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

	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)
	AGOSTO 5	AGOSTO 12	AGOSTO 19																			
1	P	P	P																		NO	
2	P	P	P																		NO	
3	P	P	P																		NO	
4	P	P	P																		SI	
5	P	P	P																		NO	
6	R	R	R																		SI	
7	J	J	J																		SI	
8	P	P	P																		SI	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	6																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Zanzibar Poniente #7024

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Berenice Díaz	miercoles 14:45 a 16:45 hr

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	marzo 19	marzo 26	abril 2	abril 9	abril 16	abril 23	abril 30	mayo 7	mayo 14	mayo 28	junio 4	junio 11	junio 18	junio 25	julio 2	julio 9	julio 23	julio 30	agosto 6	agosto 13
1	Ana Maria Gonzalez		J	J	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	R
2	Katia Salazar		P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P
3	Esperanza Urbano		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Lucia Muñoz		J	J	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J
5	Roxana Landreu		P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	J	R
6	Andrea Amar		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	R	R	R	R
7	Mary Riego																		P	J	J	P
8	Miroslava Damjanic																		P	J	J	J
9	Iren Benedek																		P	J	J	J
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	8	8	8	7

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	DEPARTAMENTO
19 MARZO 20	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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)
	AGO 20																					
1	R																				Si	
2	P																				Si	
3	P																				Si	
4	P																				Si	
5	R																				Si	
6	R																				Si	
7	P																				Si	
8	R																				Si	
9	R																				Si	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	4																					

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Hernando Magallanes 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angelica Araya	Viernes 18:45 a 20:45

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	marzo 21	marzo 28	abril 4	abril 11	abril 25	mayo 9	mayo 16	mayo 23	mayo 30	junio 6	junio 13	junio 27	julio 4	julio 11	julio 18	julio 25	agosto 1	agosto 8		
1	Jimena Rojas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	Katherine Barrueixel		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Francisca Chávez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	R	R	R	R	R	R	R	R		
4	Andrea Cutiño		J	J	J	J	J	J	J	J	J	R	P	P	R	R	R	R	R	R	R	R
5	Libertad Pais		P	P	P	P	J	P	J	J	J	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
6	Graciela Sosa					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	Carolina Castillo							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8	Mª Angelica Sanchez											P	P	P	P	P	P	P	P	P		
9	Anahi Pelao											P	P	P	P	P	P	P	R	R		
10	Paola Gutierrez											P	P	P	P	P	P	P	P	P		
11	Nelly Vilos																			P		
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7		

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	DEPARTAMENTO
21 MARZO	GESTIÓN DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Chesterton 715 p

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
M. Angelica Alvarez	Miercoles 18:30 A 21:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	Marzo 19	Marzo 26	Abril 2	Abril 9	Abril 16	Abril 23	Abril 30	Mayo 7	Mayo 14	Mayo 28	Junio 4	Junio 11	Junio 18	Junio 25	Julio 2	Julio 9	Julio 30	Agosto 6	Agosto 13	Agosto 20
1	Sara Palacios		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Muriel Tasvisspy		J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	York Rivera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Carolina Castillo		P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Constanza Macchiavello		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Maria Luz Irzano		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J
7	Paola Gutierrez									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
N° DE ASISTENTES POR SESION			6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19 Agosto	Gestion de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y De Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Chesterton 715 p

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Dolores Alvarez	Lunes 18 h a 21 h

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			Marzo 17	Marzo 24	Marzo 31	Abril 7	Abril 14	Abril 21	Abril 28	Mayo 5	Mayo 12	Mayo 19	Mayo 26	Junio 2	Junio 9	Junio 16	Junio 23	Junio 30	Julio 7	Julio 14	Julio 21	Julio 28
1	Paulina Vidal		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Isabel Lopez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Antonieta Contreras		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Muriel Tasdisdy		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Constanza Machiavello		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Alejandra Sole		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P
7	Claudia Gutierrez					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Scarlett Ayala					P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	J	J	J
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
Nº DE ASISTENTES POR SESION			6	6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17 MARZO 20	Gestion de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

	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)
	4 AGOSTO	11 AGOSTO	18 AGOSTO																			
1	P	P	P																		Si	
2	P	P	P																		Si	
3	P	P	P																		Si	
4	P	P	J																		NO	
5	P	P	P																		NO	
6	P	P	P																		Si	
7	P	P	P																		NO	
8	R	R	R																		NO	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	7	6																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Danza Arabe	Ros Ohiggins 54

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mª Angelica Alvarez	Lunes 10:10 a 12:10 h

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	marzo 17	marzo 24	marzo 31	abril 7	abril 14	abril 21	abril 28	mayo 5	mayo 12	mayo 19	mayo 26	junio 2	junio 9	junio 16	junio 23	junio 30	julio 7	julio 14	julio 21	julio 28
1	Carolina Martiel		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Lucia Halabx		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Alicia Sanchuto		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
4	Mary Rioos		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P
5	Esperanza Herrera		J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J
6	Loreto Soler		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J
7	Gloria Muss				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
8	Luis Verdugo				J	J	J	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																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17 Agosto 20	Gestion de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30 Noviembre	Talleres Recreativos y Desarrollo

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

	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)
	4 AGOSTO	18 AGOSTO																				
1	P	P																			Si	
2	P	P																			Si	
3	P	P																			Si	
4	P	P																			Si	
5	S	S																			Si	
6	P	S																			Si	
7	P	P																			Si	
8	P	P																			Si	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	6																				

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Dsa 25 Dpsbx	Dra. Eloisa Díaz 6471

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Mª Angélica Núñez	Miércoles 11:25 a 13:25 hs

	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	Marzo 19	Marzo 26	Abril 2	Abril 9	Abril 16	Abril 23	Abril 30	Mayo 7	Mayo 14	Mayo 28	Junio 4	Junio 11	Junio 18	Junio 25	Julio 2	Julio 9	Julio 23	Julio 30	Agosto 6	Agosto 13
1	Cristina Osorio		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Maria Gonzalez		P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P
3	Eliana Marins		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Veronica Lopez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P
5	Soledad Manriquez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Patricia Sale H		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Silvia Quintano		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Veronica Gonzalez		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 DE ASISTENTES POR SESIÓN		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

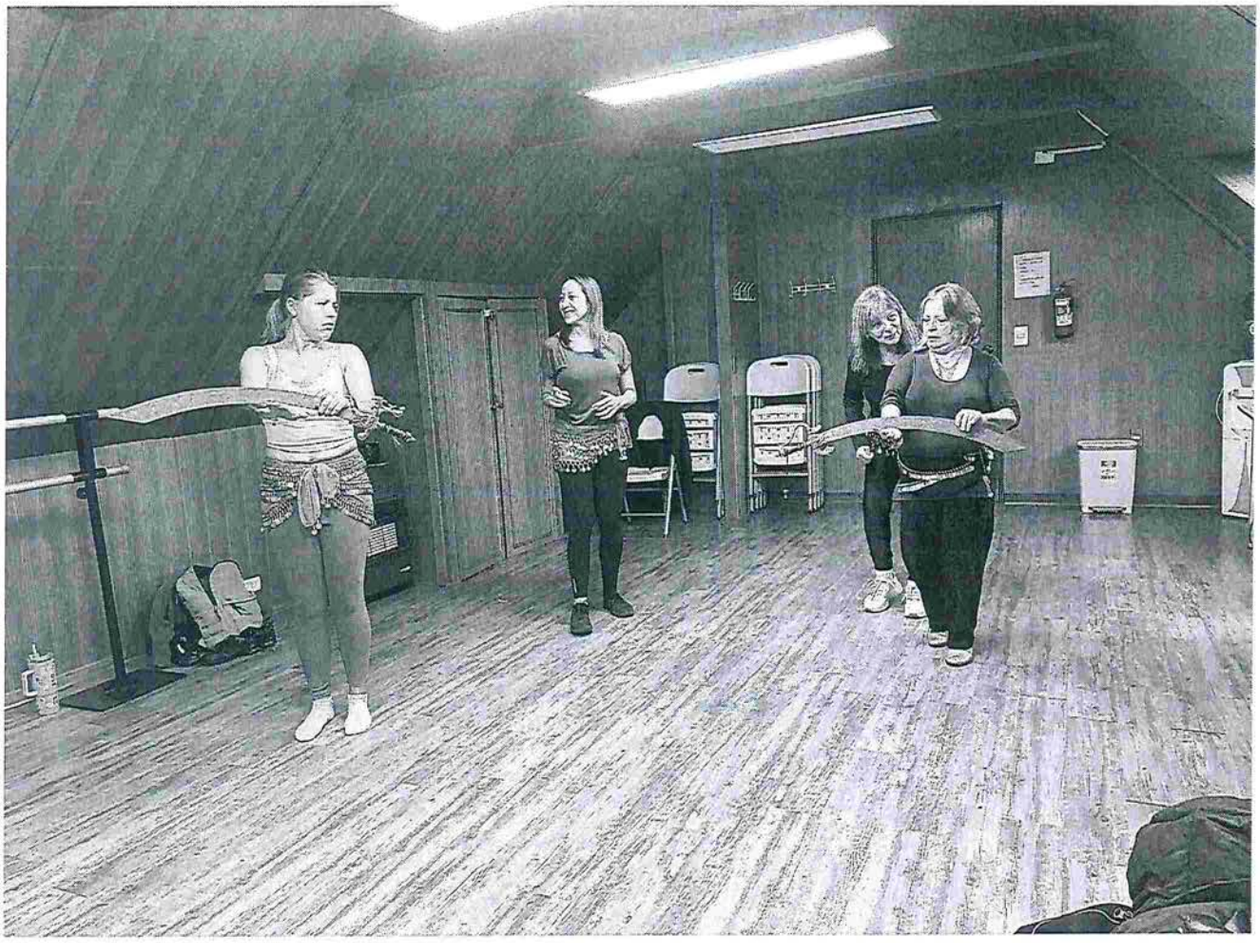
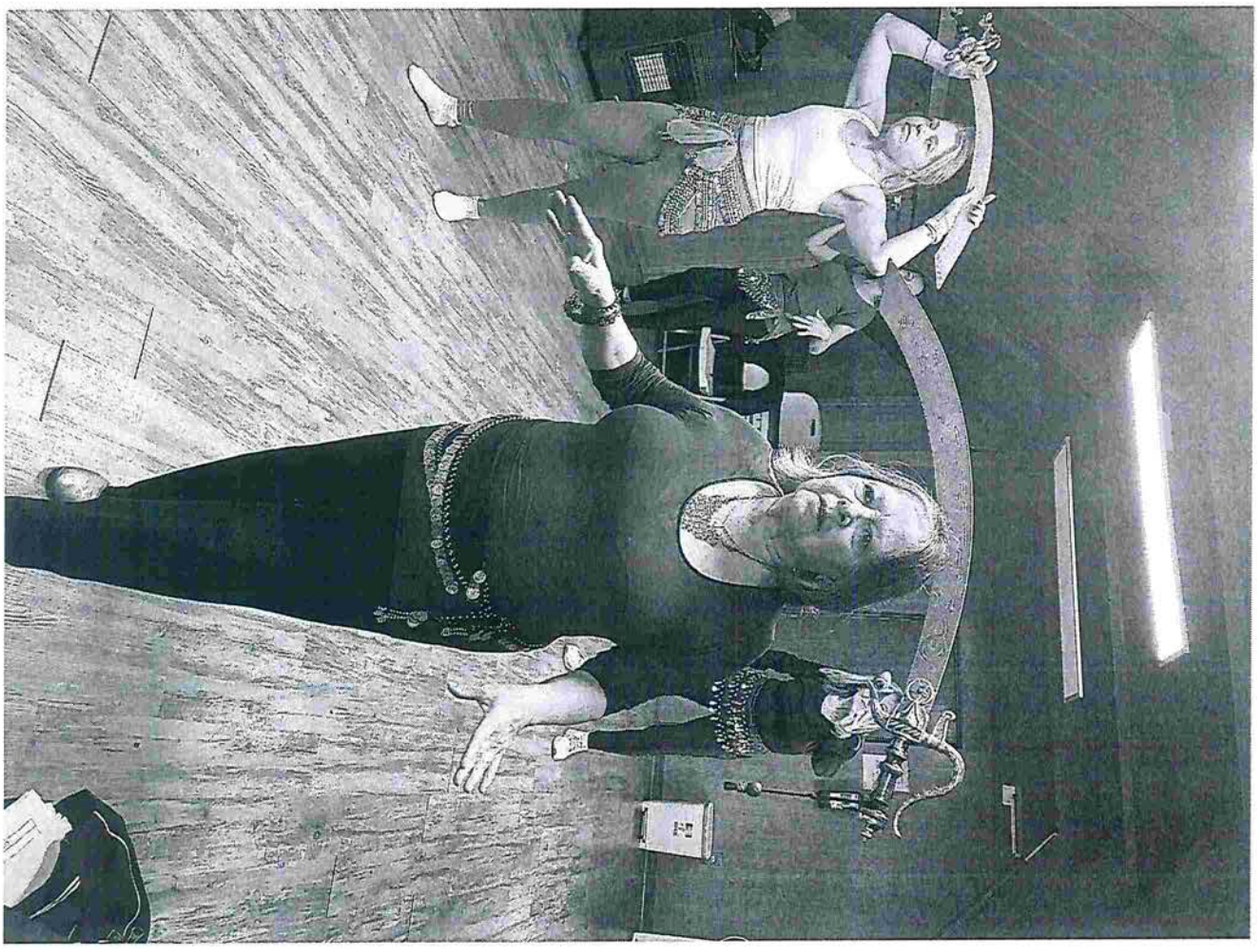
MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
19 marzo 20	Gestión de Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

FECHA TÉRMINO	PROGRAMA
30 noviembre	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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	AGOSTO 20																					
1	P																				Si	
2	P																				Si	
3	P																				Si	
4	P																				Si	
5	P																				Si	
6	P																				Si	
7	P																				Si	
8	P																					
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	8																					

FIRMA PROFESOR