

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

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

Nombre	AREVALO CACERES GABRIELA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CERAMICA AL HORNO BASICO	LUN 11:30-13:30	---	MONROE 8484	6.-
T.2	CERAMICA AL HORNO BASICO	LUN 15:00-17:00	---	MONROE 8484	5.-
T.3	CERAMICA GRES BASICO	VIE 12:00-14:00	---	MONROE 8484	5.-
T.4	CERAMICA GRES INTERMEDIO	MIE 12:00-14:00	---	MONROE 8484	7.-
T.5	CERAMICA GRES INTERMEDIO	MIE 09:45-11:45	---	MONROE 8484	5.-

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	<i>Decoración de Cerámica con colores minerales (Pigmentos)</i>
T.2	<i>Decoración de Cerámica con Colores (Forma Creativa de Ordenar objetos en Cerámica)</i>
T.3	<i>Modelado de Arcilla con diferentes Técnicas.</i>
T.4	<i>Modelado de Arcilla (manualmente) Oficiendo diferentes técnicas</i>
T.5	<i>Modelado de Arcilla</i>

Firma prestador de los servicios	
---	--

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

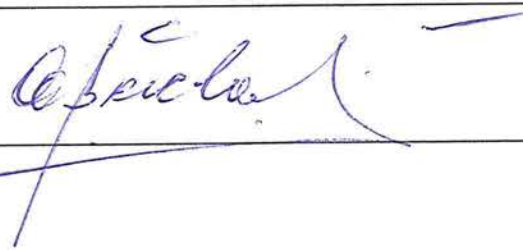
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	AREVALO CACERES GABRIELA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	MOSAICO	VIE 09:50-11:50	---	MONROE 8484	6 -
T.7	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 17:00-19:00	---	PAUL HARRIS 2111	6 -
T.8	MULTIPLES TECNICAS BASICO	VIE 15:00-17:00	---	MONROE 8484	5 -
T.9	--	---	---	---	
T.10	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Decoración de superficie con pequeñas piezas con diversos materiales.
T.7	Elaboración de Telas con diferentes elementos.
T.8	Elaboración de Telas y jabones.
T.9	
T.10	

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. AREVALO CACERES GABRIELA, 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. AREVALO CACERES GABRIELA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Cerámica el Horno Básico

LUGAR DE EJECUCIÓN

Horizontes de Apogando

NOMBRE DEL PROFESOR

Gabriela Acévalo C.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Lunes 11³⁰ a 13³⁰ Hrs. —

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		17 MARZO	24 MARZO	31 MARZO	07 ABRIL	14 ABRIL	28 ABRIL	05 MAYO	12 MAYO	19 MAYO	26 MAYO	02 JUNIO	09 JUNIO	16 JUNIO	23 JUNIO	30 JUNIO	07 JULIO	14 JULIO	21 JULIO	28 JULIO	04 AGOSTO
1	ALVAREZ KENDIC MYRIAM	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	NÚÑEZ FIBLA MARILÚ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	MUÑOZ CALDERON ANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	LIZANA VIDAL MRIA CECILIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	HAYASHI AEDO MONICA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	MARTÍNEZ RAMÍREZ FLORENCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	SCHADE CANCINO VALENTINA																				
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "I" (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	
---------------	--

[illegible]

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

Obieta
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

CERAMICA AL HORNO

LUGAR DE EJECUCIÓN

HORIZONTES DE APOQUINDO

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA AREVALO C.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

LUNES 15 A 17 HRS.

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

17 MARZO 24 MARZO 31 MARZO 07 ABRIL 14 ABRIL 28 ABRIL 05 MAYO 12 MAYO 19 MAYO 26 MAYO 02 JUNIO 09 JUNIO 16 JUNIO 23 JUNIO 30 JUNIO 07 JULIO 14 JULIO 21 JULIO 28 AGOSTO 04 AGOSTO

1 CORREA TRONCOSO M. ANGELES

2 FLORES CHAVEZ CLAUDIA

3 ARCE VALDES M. CLAUDIA

4 VALDES SEARLE M. INES.

5 SALAZAR CORDOVEZ ANGELICA

OPAZO BAUDEN SYLVIA

7 HERRERA OPAZO CAROLINA

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

3

19

20

21

22

23

24

25

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

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

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

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

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

[illegible][illegible]

Opereita
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

GRES BÁSICO

LUGAR DE EJECUCIÓN

HORIZONTES DE APOQUINDO

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA AREVALO C.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

VIERNES 12 A 14 HRS.

NOMBRE COMPLETO
DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		21 MARZO	28 MARZO	04 ABRIL	18 ABRIL	25 ABRIL	02 MAYO	09 MAYO	16 MAYO	23 MAYO	30 MAYO	06 JUNIO	13 JUNIO	27 JUNIO	04 JULIO	11 JULIO	18 JULIO	25 JULIO	01 AGOSTO	08 AGOSTO	15 AGOSTO
1	BERRIOS MARGARITA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	CHAGNEAU VIAL M. CECILIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	MUÑOZ HILDA A.	/	P	/	/	/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	ZECHETO MOENNE FLAVIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	FUENTES SANDY ASTRID	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	SHADE CAYCINO VALENTINA	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	HORMAZABAL CESPEDES CARL.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

6

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "I" (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

[illegible]

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

Deputada
FIRMA PROFESSOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

GRES BASICO

LUGAR DE EJECUCIÓN

HORIZONTES DE APOQUINDO

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA AREVALO C.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

MIÉRCOLES 12 A 14 HRS.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				7 MAYO	16 MAYO	28 MAYO	06 JUNIO	13 JUNIO	18 JUNIO	25 JUNIO	02 JULIO	09 JULIO	16 JULIO	23 JULIO	30 JULIO	06 AGOSTO	13 AGOSTO	20 AGOSTO	27 AGOSTO				
1	LUCIA CAMPLA ANA M.	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	JOFRE SAEZ M. TERESA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	RUIZ TAELE CARMEN	J		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J				
4	FUENTES SAVOY ASTRID.	J		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	CHADE CANCINO VALENTINA	J		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	DURAN SABAT MARGARET	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	SCHMIDT KLEIN CAROLINA	J		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J				
8	ALVAREZ RIOS CARMEN																						
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "J" (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

DEPARTAMENTO
TALLERES
PROGRAMA
RECREAT. y DE DESARROLLO

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

[illegible][illegible]

[Signature]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Gras Intermedio

LUGAR DE EJECUCIÓN

Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR

Gabriela Acérola

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Viércoles 9⁴⁵ A 11⁴⁵ Hrs. -

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
1	26 MARZO	02 ABRIL	04 ABRIL	13 ABRIL	30 ABRIL	07 MAYO	14 MAYO	21 MAYO	28 MAYO	04 JUNIO	18 JUNIO	25 JUNIO	02 JULIO	09 JULIO	16 JULIO	23 JULIO	30 JULIO	06 AGOSTO	13 AGOSTO	20 AGOSTO
1	ARCE VALDES CLAUDIA	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	MUNOZ MEDINA HILDA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	ACLE KATIAN SUSANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	LUCIA CAMPLA ANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	URIBE PAULA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	OFRE SAENZ M. TERESA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	MONTES ALEMANY M. IGNACIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	PRUZZO VALENCIA FABIANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	RAMIREZ PETROW DANIELA															P			P	P
10	AGUILERA RAMIREZ MARCIA																		P	
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

66

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "I" (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	
---------------	--

DEPARTAMENTO
TALLERES
PROGRAMA
TALL. RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

[illegible][illegible]

Abstract. -

~~FIRMA PROFESOR~~

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

MOSAICO

LUGAR DE EJECUCIÓN

HORIZONTES DE APOQUINDO

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA AREVALO

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

VIERNES 9:50 A 11:50 HRS

	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
				9 MAYO	16 MAYO	23 MAYO	30 MAYO	06 JUNIO	13 JUNIO	27 JUNIO	04 JULIO	11 JULIO	18 JULIO	25 JULIO	01 AGOSTO	08 AGOSTO	15 AGOSTO	22 AGOSTO					
1	CALDERON SUSANA			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P		P		P					
2	LUCIA CAMPLAS ANA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P		P					
3	JOFRE SAEN TERESA			A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P		P					
4	SALAZAR CORDOVEZ ANGEL			P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J		J		J					
5	BUNSTER PRIETO ANDREA			P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J		J		J					
	HERRERA OPAZO CAROLINA			P	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P		P		P					
7	ARANCIBIA LORENA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P		P					
8	TITICHUCA MORENO GUADAL.															P		P					
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

6 6

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

DEPARTAMENTO
TALLERES .
PROGRAMA
T. RECREAT. y DE DESARROLLO

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

[illegible][illegible]

Obiecte:
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Multitécnico

LUGAR DE EJECUCIÓN

Los Condesos 5 -

NOMBRE DEL PROFESOR

Gabriel Perólo

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Viernes 17 e 19 Hrs.

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	
	17 MARZO	24 MARZO	01 ABRIL	08 ABRIL	15 ABRIL	22 ABRIL	29 ABRIL	06 MAYO	13 MAYO	20 MAYO	27 MAYO	03 JUNIO	10 JUNIO	17 JUNIO	24 JUNIO	01 JULIO	08 JULIO	15 JULIO	22 JULIO	29 JULIO	05 AGOSTO
1	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	P	P	P	P		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
3	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
4	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
5	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
6	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
7	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
8	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
9	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
10	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
11	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
12	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
13	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
14	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
15	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
16	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
17	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
18	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
19	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			
20	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

[illegible]

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

[illegible]

[Handwritten signature]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

MULTITECNICAS

LUGAR DE EJECUCIÓN

HORIZONTES DE APOQUINDO

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA AREVALO

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

VIERNES 15 A 17 HRS.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			S E S I O N E S	Nº F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	HAYASHI AEDO MONICA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P
2	NUÑEZ FIELA MARILU				I	I	I	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P		P	P
3	SALAZAR CORDONEZ N. ANGELICA				I	I	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	I	I		I		I	
4	FLORES CHAVEZ CLAUDIA				I	P	P	I	I	P	P	P	P	P	P	P	P	P			I		I	
5	BUNSTER PRIETO ANDREA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P		P	
	MUÑOZ MEDINA HILDA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P		P	
7	MENDEZ TORRES LILIAM																				P		P	
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
3																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "I" (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
17/MARZO	TALLERES
F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/NOV	RECREAT Y DE DESARROLLO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____

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

[illegible][illegible][illegible]

Spacht.

~~FIRMA PROFESOR~~

