

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

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

Nombre	ARROYO CARRASCO VERONICA MARISOL		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	7
T.7	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	7
T.8	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 15:00-17:00	---	CERRO EL PLOMO 6560 BLOCK 46 DEPTO. 107	8
T.9	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 18:00-20:00	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	12
T.10	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	MIE 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se trabaja con distintos diseños en palillo y crochet aplicando técnicas aprendidas.
T.7	Se comienza con confección de hilo con puntos a elección en un diseño propio aplicando técnicas aprendidas.
T.8	En este taller se trabaja tejido palillo y crochet y amigurumi con lectura de patrones y nomenclatura universal.
T.9	Se confeccionan distintos diseños en palillo y crochet en diferentes tallas aplicando técnicas de costura y armado de una prenda.
T.10	Se trabajan amigurumis e crochet y palillo con distintos diseños. Se confeccionan chalecos sin mangas en distintos diseños.

Firma prestador de los servicios	Veronica Araya P.
----------------------------------	-------------------

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

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

Nombre	ARROYO CARRASCO VERONICA MARISOL		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BISUTERIA BASICO	VIE 15:00-17:00	—	CERRO EL PLOMO 6560 BLOCK 46 DEPTO. 107	8
T.2	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 14:00-16:00	—	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.3	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 16:15-18:15	—	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.4	MULTIPLES TECNICAS BASICO	VIE 17:15-19:15	—	CERRO EL PLOMO 6560 BLOCK 46 DEPTO. 107	8
T.5	TEJIDO A PALILLO BASICO	JUE 17:15-19:15	—	CERRO EL PLOMO 6560 BLOCK 46 DEPTO. 107	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabajan técnicas, mostasillon en espiral para aros pulseras y collar. Se comienza con técnicas de alambres con cristales.
T.2	Se trabaja con combinaciones de técnicas en telar cuadrado y palillo para chaquetones de niños y adultos.
T.3	Se trabaja con telar moza combinado con crochet para chaquetas.
T.4	Se continúa con bordado en feltro en bolsas con diseño a elección aplicando todo lo aprendido.
T.5	Se comienza con lectura de graficos y nomenclatura en palillo en puntos salados para aplicar en una polera.

Firma prestador de los servicios	Verónica Arroyo
----------------------------------	-----------------

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ARROYO CARRASCO VERONICA MARISOL		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

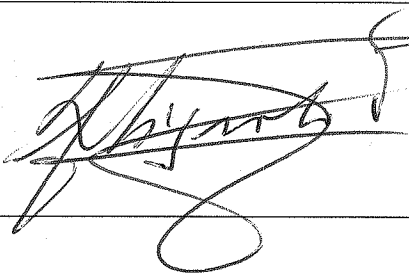
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1 1	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	MIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	7
T.1 2	---	---	---	---	
T.1 3	---	---	---	---	
T.1 4	---	---	---	---	
T.1 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Se trabaja con puntos calados y en relieve en palillo y crochet en chaquetas de primavera. Verano en hilo de algodón.
T.12	
T.13	
T.14	
T.15	

Firma prestador de los servicios	Veronica Arroyo
----------------------------------	-----------------

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. **ARROYO CARRASCO VERONICA MARISOL**, 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. **ARROYO CARRASCO VERONICA MARISOL**.

Nombre Jefe de Departamento	ROBERTO VIGNOLO PAREDES
Firma y timbre Jefe Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Todo Patillo y Cuadros	UCAM
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Arroyo Carrasco	Lunes 9-11 hrs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27
1	Silvia Salas			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Claudia Gálvez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Elena Sara			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Emilia Schneeberger			-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Lucy Morstad			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Susana Flores			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P
7	María José Ortega			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION																							
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																							
MARQUE CON UN "-" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES																							
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA																							

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Taller de Ballet y Lucido	UCAM
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viviana Carrero Carrero	Lunes 11 ^h - 13 ^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
			17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27
			3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7	7

1	Sonia Melledo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Elda Nettle		-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Claudia Gálvez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Elizabeth Blome		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Elena Cabezon		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Drina Higuera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Marlen Houdely		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Lisbeth Soto		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION																						
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																						
MARQUE CON UN "I" (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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Tejido Palillo, Crochet

LUGAR DE EJECUCION

Puerto el Placer

NOMBRE DEL PROFESOR

Veronica Arango C

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes 15 a 17.

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
					20/3/2025	27/3/2025	3/4/2025	10/4/2025	17/4/2025	24/4/2025	1/5/2025	8/5/2025	15/5/2025	22/5/2025	29/5/2025	5/6/2025	12/6/2025	19/6/2025	26/6/2025	3/7/2025	10/7/2025	17/7/2025	24/7/2025	31/7/2025
1	Mercedes Castro				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Leisa Canales				P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Hermesina Catalani				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Glenn Cifuentes				P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P
5	Emm. Mardones				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marta Obispo				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Licy. Merstadt				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Veronica Lee				P	J	J	J	P	P	J	J	P	P	J	P	J	P	-	-	-	-	-	-
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

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

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

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

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27				
8	2	8	15	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	31				
9	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	4	11	18	25				
10	18	25	32	9	16	23	30	7	14	21	28	5	12	19	26	4				
11	26	33	40	13	20	27	34	10	17	24	31	8	15	22	29	6				
12	34	41	48	21	28	35	42	18	25	32	39	16	23	30	7	14				
13	42	49	56	29	36	43	50	26	33	40	47	24	31	38	12	19				
14	50	57	64	37	44	51	58	34	41	48	55	32	39	46	20	27				
15	58	65	72	45	52	59	66	42	49	56	63	40	47	54	28	35				
16	66	73	80	53	60	67	74	50	57	64	71	48	55	62	36	43				
17	74	81	88	61	68	75	82	58	65	72	79	56	63	70	44	51				
18	82	89	96	69	76	83	90	66	73	80	87	64	71	78	52	59				
19	90	97	104	77	84	91	98	74	81	88	95	72	79	86	60	67				
20	98	105	112	85	92	99	106	82	89	96	103	80	87	94	68	75				
21	106	113	120	93	100	107	114	90	97	104	111	88	95	102	76	83				
22	114	121	128	101	108	115	122	98	105	112	119	96	103	110	84	91				
23	122	129	136	109	116	123	130	106	113	120	127	104	111	118	92	99				
24	130	137	144	117	124	131	138	114	121	128	135	112	119	126	100	107				
25	138	145	152	125	132	139	146	122	129	136	143	120	127	134	108	115				
26	146	153	160	133	140	147	154	130	137	144	151	128	135	142	116	123				
27	154	161	168	141	148	155	162	138	145	152	159	136	143	150	124	131				
28	162	169	176	149	156	163	170	146	153	160	167	144	151	158	132	139				
29	170	177	184	157	164	171	178	154	161	168	175	152	159	166	140	147				
30	178	185	192	165	172	179	186	162	169	176	183	160	167	174	148	155				
31	186	193	200	173	180	187	194	170	177	184	191	168	175	182	156	163				
32	194	201	208	181	188	195	202	178	185	192	199	176	183	190	164	171				
33	202	209	216	189	196	203	210	186	193	200	207	184	191	198	172	179				
34	210	217	224	197	204	211	218	194	201	208	215	192	199	206	180	187				
35	218	225	232	205	212	219	226	202	209	216	223	200	207	214	188	195				
36	226	233	240	213	220	227	234	210	217	224	231	208	215	222	196	203				
37	234	241	248	221	228	235	242	218	225	232	239	216	223	230	204	211				
38	242	249	256	229	236	243	250	226	233	240	247	224	231	238	208	215				
39	250	257	264	237	244	251	258	234	241	248	255	232	239	246	212	219				
40	258	265	272	245	252	259	266	242	249	256	263	240	247	254	220	227				

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Tejido

LUGAR DE EJECUCION
Guaguita

NOMBRE DEL PROFESOR
Veronica Arango

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 18 a 20 hrs

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
			17 3 20 21	18 3 20 21	19 4 20 21	20 4 20 21	21 4 20 21	22 4 20 21	23 5 20 21	24 5 20 21	25 5 20 21	26 6 20 21	27 6 20 21	28 6 20 21	29 6 20 21	30 6 20 21	1 7 20 21	2 7 20 21	3 7 20 21	4 7 20 21	5 7 20 21	6 7 20 21
1 Aurora Campos			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Macarena Mejia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Maria Cristina Melo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Ximena Perez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Sandra Mardian			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Cecilia Ayala			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Sandra Manzanares			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Rosa Campos			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Maria Eugenia Arce			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Ana Campos			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 Sandra Arce			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12 Elizabeth Martinez						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

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

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

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Tafelberg	UCAM
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Arroyo	Miércoles 9 - 11hs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18/20/25	26/30/35	2/4/25	9/14/25	16/20/25	23/20/25	30/4/25	7/25/25	14/25/25	21/25/25	28/5/25	4/10/25	11/6/25	18/6/25	25/0/25	2/7/25	9/7/25	16/7/25	23/7/25	30/7/25
1 Nancy Diaz				P	P	P	P	P	P	P	P	P	F	P	P	P	P	P	P	F	P	P	
2 Veronica Soto Mayas				P	P	P	P	P	P	P	P	P	E	P	P	P	P	P	P	E	P	P	
3 Elso S. pedro				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4 Maria Velasco Vidal				P	J	J	P	P	J	J	J	P	P	P	J	-	-	-	-	-	-	-	
5 Sandra Michel				J	J	J	J	J	J	J	-	-	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6 Eugenio Escalona				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7 Claudia Salazar				J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8 Silvia Escobar																			P	P	P	P	
9 Susana Lopez															P	P	P	F	P	P	P	P	
10																							1
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "J" (BLANCO) 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.
FIRMAR EN EL ESPACIO DE CARACTER DEL MATERIAL.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA	

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Beauterie	Cerro el Plano
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Arroyo	Viernes 15a 17h

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
				21/3	28/3	4/4	11/4	18/4	25/4	2/5	9/5	16/5	23/5	30/5	6/6	13/6	20/6	27/6	4/7	11/7	18/7	25/7	1/8
1 Berta Santelises								F									F						
2 Hilda Lina				P	P	P	T	E	T	T	P	P	T	P	P	T	E	P	T	T	P	P	P
3 Claudia Solves				J	J	J	P	P	P	P	T	T	T	T	T	P	P	T	P	P	P	P	P
4 Miriam Zurate				P	P	P	P	I	T	T	P	T	T	T	T	P	I	T	T	T	T	P	P
5 Puerto Abusio				P	P	P	P	A	P	P	P	T	T	P	T	T	U	T	T	T	T	P	P
6 Lucy Mustard				P	P	P	T	S	T	T	T	T	T	P	P	P	A	P	T	T	P	P	P
7 Margarita Sekul				P	P	P	T	O	P	P	T	T	T	T	T	P	O	P	T	T	P	T	P
8 Pamela Rivera				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 Luciano Vega				T	P	T	T	P	T	P	T	T	T	P	P	P	T	T	P	P	P	P	T
10 Georgina Alonso				T	T	T	T	P	T	T	P	P	T	P	T	J	P	J	T	P	P	P	T
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

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

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

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiples Tecnicas	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Arango	Martes 14 - 16hs

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6
			3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1 Luz Maria Etcheberry			P	P	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Ximena Marchant			P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J
3 Susana Letux			J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Claudia Galvez			J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Lucy Morstadt			P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Veronica Mura			-	-	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION																						
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																						
MARQUE CON UN "-" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES																						
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA																						

SE 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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multitipos Tecnicas	UCAM
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Dinejo	Martes 16 ¹⁵ - 18 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
1	Luz Maria Etcheberry			P	P	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Susana Letez			J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Claudia Gálvez			J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Mercedes Garcia			J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Lucy Norholt			P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Olga Solina			J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "J" (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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Talleres Técnicos

LUGAR DE EJECUCION
Cerro el Plomo

NOMBRE DEL PROFESOR
Veronica Lopez

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes de 17h a 19h

	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																			
1	Enna Marcelina			21/3/25	P	P	P	P	F	P	P	P	P	P	P	P	F	P	P	P	P	P	P
2	Gladya Acuña			21/3/25	P	P	P	P	E	P	P	P	P	P	P	P	C	P	P	P	P	P	P
3	Plenetic Salmeiz			21/3/25	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Percy Morstad			21/3/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Margaritela Sekul			21/3/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Veronica Lu			21/3/25	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	P	J	J	-	-	-	-	-	-
7	Pamela Rivera			21/3/25	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-
8	Lucinda Vega			21/3/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Karina Morales			21/3/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Georgina Donoso			21/3/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

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

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

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Tejido Palillo Boso

LUGAR DE EJECUCION
Cerro el Plano

NOMBRE DEL PROFESOR
Veronica Arango

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves 17:15 / 18:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					20/25	27/25	3/25	10/25	17/25	24/25	31/25	7/25	14/25	21/25	28/25	4/25	11/25	18/25	25/25	1/25	8/25	15/25	22/25	29/25
1	Sara Sainardo				P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
2	Glady's Licinio				P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Glady's Valdivenito						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Marina Zarate				P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Marina Tramb				P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marina Olga W. Laro				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Magdalena Sa. Kull				J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Marina Elise Rojas				P	J	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																								

N° DE ASISTENTES POR SESION

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

	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)
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27					
	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28					
	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	32	8	15	22	29					
1	P	P	P				F															
2	P	P	P				E															
3	P	P	P				R															
4	P	P	P				I															
5	P	P	P				A															
6	P	P	P				D															
7	P	P	P				O															
8	P	P	P																			
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Tejido

LUGAR DE EJECUCION
UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR
Veronica Lopez

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles de 11^h a 13^h

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					14/3/2025	20/3/2025	24/3/2025	31/3/2025	6/4/2025	13/4/2025	20/4/2025	27/4/2025	4/5/2025	11/5/2025	18/5/2025	25/5/2025	1/6/2025	8/6/2025	15/6/2025	22/6/2025	29/6/2025	6/7/2025	13/7/2025	20/7/2025
1	Yerka Cutipic				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Meris Custer Vazquez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Meris Tono Benavente				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Caramen Chacuan				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Sandra Mulet				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Monica Boethen				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Beatriz Silva				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Caroline Suarez				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 SESION

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

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

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

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR