

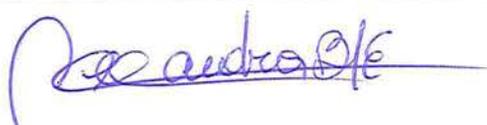
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	BUCAREY ESPÍNEIRA ALEXANDRA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE COREOGRAFICO	LUN 17:15-18:15	MIE 17:15-18:15	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	8
T.2	BAILE ENTRETENIDO	MAR 17:00-18:00	JUE 17:00-18:00	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	6
T.3	BAILE ENTRETENIDO	LUN 16:00-17:00	MIE 16:00-17:00	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	6
T.4	BAILE ENTRETENIDO	LUN 10:00-11:00	MIE 10:00-11:00	LAS VERBENAS 9191	6
T.5	FLAMENCO BASICO	MAR 18:15-19:15	JUE 18:15-19:15	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	- Trabajo corporal: movimientos, coordinación y giros sostenidos. - montajes grupales: mix urbano. - Improvisación individual y ejercicios de memoria.
T.2	- Iniciación al movimiento: musicalidad. - Mix bailzbles. - Juegos grupales: palmos, pies, repetición de ritmos. - montaje coreografía grupal.
T.3	- Iniciación al movimiento: tronco superior e inferior. - mix bailzbles. - Improvisación individual. - creación colectiva: coreografía.
T.4	- Trabajo corporal inicial: movimientos tronco superior e inferior. - Mix musical - trabajo final: relajación corporal y elevación.
T.5	- Iniciación al compás: palmas, contra punto, cuentas musicales. - Palo: Tanto flamenco de 4 tiempos. - montaje coreográfico: Tanto flamenco (grupzl).

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

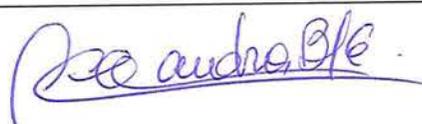
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	BUCAREY ESPÍÑEIRA ALEXANDRA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

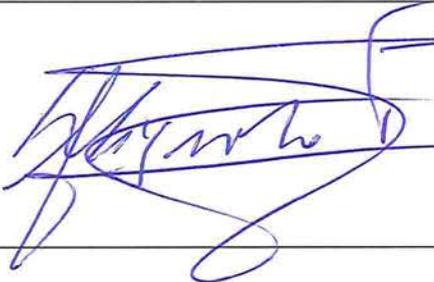
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	FLAMENCO BASICO	MAR 11:15-12:15	JUE 11:15-12:15	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	6
T.7	FLAMENCO BASICO	MAR 10:00-11:00	JUE 10:00-11:00	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	5
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	<p>- Iniciación al compás: palmas, cuentas, contrapuntos métrica de sevillanas.</p> <p>- técnica: movimientos, tacones, escovillas a tiempo.</p> <p>- palo mentaje: 2 coplas sevillanas.</p>
T.7	<p>- Iniciación al compás: métrica de 4 y 8 tiempos per rumba</p> <p>- técnica: Rumba Flamenca brazos y pies.</p> <p>- palo mentaje: Rumba Flamenca.</p>
T.8	
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. BUCAREY ESPÍNEIRA ALEXANDRA, 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. BUCAREY ESPÍNEIRA ALEXANDRA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

T. 1

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Baile Coreografico.

LUGAR DE EJECUCION
Cristobal Colon foco Torre: D

NOMBRE DEL PROFESOR
Alexandra Bucarey P

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
17:15 a 18:15 Lunes y miercoles

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
			17-19	21	26	31	02-04-25	04-04-25	09-04-25	14-04-25	16-04-25	21-04-25	23-04-25	28-04-25	30-04-25	05-05-25	07-05-25	12-05-25	14-05-25	19-05-25	26-05-25	
1 Valentin Kivas			o	o	o	o	o	o	/	/	/	/	/	/	P	P	/	X	/	P	P	/
2 F. Isidora Troncoso			o	o	o	o	o	o	o	X	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	X	X
3 Javiera Troncoso			o	o	o	o	o	o	o	P	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	X	X
4 A. Catalina Medel Becerra			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	/
5 Catalina Artiga			/	o	o	o	o	o	o	o	o	o	/	o	o	o	o	o	o	/	P	X
6 Camila Santacruz			/	/	o	o	o	o	o	o	o	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7 Amelia Aracena			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8 Josefina Artiga			/	o	o	o	o	o	o	o	o	o	/	o	o	o	o	o	o	X	X	X
9 Catalina Alvarado			/	o	/	o	/	/	P	P	o	o	o	o	P	o	o	o	o	o	X	P
10 Ignacio Sepulveda			/	o	o	/	o	/	P	o	P	P	P	o	/	o	o	o	P	/	P	P
11 Leon Salinas																		o	/	o	/	/
12 Martin Salinas																		o	/	o	/	/
13 Isabella Rojas																						
14																						
15 Santiago Olivencia																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION	3	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	4	6	6	8	6	9	7	8	8	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BAILE ENTRETENIDO

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR
ALEXANDRA BUCAREY

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES Y JUEVES 17:00 A 18:00 HRS.

N	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	01-04-25	03-04-25	08-04-25	10-04-25	15-04-25	17-04-25	22-04-25	24-04-25	29-04-25	31-04-25	05-08-25	07-08-25	12-08-25	14-08-25	19-08-25	21-08-25			
1 AHUMADA ZAMORANO PAULA	P	/	P	P	P	/	J	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/					
2 BAEZA SABAT GABRIELA	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3 HERRERA HERNANDEZ ANTONELLA SO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
4 LOPEZ VASQUEZ NEREA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	/	/					
5 PASTEN ULRIKSEN EVA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6 PEREYRA CID LOUISETTE LUCIENNE J	P	/	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7 PINEDA VARGAS VALENTINA	/	/	P	/	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8 SERBELANO DURAN CONSTANZA EMILIA	P	P	P	/	P	/	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
9 URIARTE SEPULVEDA AMAIA PASCALE	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
10 CERDA GALLARDO SIMON	P	P	P	P	P	/	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/					
11 GONZALEZ ANCAN AYLIN	P	P	P	P	/	P	P	/	/	/	/	P	P	/	/	/	/					
12 GONZALEZ ANCAN SAYEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
13 ROJAS RANGEL VALENTINA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
14 Villarreal Gaspar												P	P	P	P	P	P					
15 Camargo Lopez Pzula.																P	P					
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	9	5	10	8	9	7	6	7	7	6	7	7	8	7	6	6
------------------------------------	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Baile Entretenido

LUGAR DE EJECUCION
Cristobal Colon 7000 Torre (D)

NOMBRE DEL PROFESOR
Alexandra Bucarey E

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes y miercoles 16 a 17 hrs

N	SESIONES	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		Florencia Bruhetti	o	o	o	/	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
2		Catalina Alhumada	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
3		Amanda Irazoqui Rios	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4		Josefina Artibis	o	o	/	/	/	o	o	o	/	o	o	o	o	o	o	P	o	o	o	X
5		Pasqual Alvarez	o	o	/	/	/	/	/	/	/	o	o	o	/	o	o	o	P	/	/	X
6		Bastian Silva	o	o	o	/	o	o	o	o	/	/	/	o	o	P	P	/	P	/	/	P
7		Bianca E Perez	o	o	/	/	o	o	o	/	o	o	o	o	/	o	o	o	o	o	o	X
8		Lucia Bernal	X	X	o	o	/	o	o	o	/	o	/	/	o	o	P	o	o	o	o	X
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	6	6	4	2	5	6	6	5	4	4	5	6	6	4	7	6	4	7	4	6
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Baile Entretenido.

LUGAR DE EJECUCION
Cristobal colon 4000 Torre D.

NOMBRE DEL PROFESOR
Alexandra Bucarey E.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes y miercoles 16 a 17 hrs.

N	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																			
1		Florencia Brunetti	P	P	P																	
2		Catalina Alhumada	P	P	P																	
3		Amanda Irazoqui R.	P	P	X																	
4		Josefina Artigas	P	/	X																	
5		Pascuala Alvarez	/	/	/																	
6		Bashian Silva	/	P	X																	
7		Bianca E. Perez	P	P	/																	
8		Lucia Bernal	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 16 | 6 | 6

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

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

T4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Baile Entretenido

LUGAR DE EJECUCIÓN
Juntas de vecinos AUCO.

NOMBRE DEL PROFESOR
Alexandra Bucarey P.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes y miercoles 10 a 11am.

N°	SESIONES	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		Belvia Sanchez G.	J	P	P	X	J	P	P	P	X	P	J	P	P	X	P	X	J	J	P	
2		Adriana Escobar A.	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3		Carmen Pickering	P	X	P	P	X	X	P	J	X	J	J	P	J	P	X	J	X	X	J	
4		Manuelo Grossi	P	P	P	P	J	J	P	P	X	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
5		Arapuco Berdo	X	X	P	X	P	J	X	P	X	J	P	J	P	X	X	J	P	P	J	
6		Quena Teresa Lira	J	P	P	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	
7		Gabriela Bonora	J	X	J	J	J	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8		Ara Quena Jons	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	X	P	X	J	P	J	P	J	X	
9		Ara Quena Acosta	J	P	P	P	J	X	P	J	X	J	P	X	J	P	J	P	J	P	J	
10		Adriana Perez Urra	X	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	X	P	X	X	P	P	P	P	
11		Quena Estere Chimara	X	X	X	P	X	P	P	P	J	J	P	X	P	P	X	P	P	P	P	
12		Quena Ester Medion	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
13		Macarena Azocar											P	J	P	X	X	X	X	X	P	
14		Maria de los A. Benasco												P	J	P	X	X	X	X	P	
15																						
16		M ^a Angelica Abuirres Daza															P	J	P	P	J	
17		Daniela Trocco Rodriguez																				
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	6	8	7	4	4	8	8	6	4	6	4	7	7	4	6	7	8	7	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.

T.5

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
FLAMENCO BASICO

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR
ALEXANDRA BUCAREY

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES Y JUEVES 18:15 - 19:15 HRS.

N	SESIONES	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		AHUMADA ZAMORANO PAULA	/	/	P	P	/	/	P	P	J	/	/	/	/	/						
2		DEKOVIC ROMERO LJUBA VICTORIA	P	/	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P						
3		DIAZ REYES LAURA	P	/	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P							
4		GONZALES ORE MARIA IGNACIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
5		LEAL LOPEZ MIA ARIADNE	P	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
6		LOPEZ VASQUEZ NEREA	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
7		MONTES ALVARADO EMILIA PAZ	P	P	P	P	P	P	/	J	J	J	P	P	P	P	J					
8		MOURGUES GONZALEZ ELISA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
9		NESSRALLAH NASER RITA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
10		PINEDA VARGAS JAVIERA	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J					
11		ROJAS RANGEL VALENTINA	P	P	P	P	P	P	/	J	P	/	P	J	/	P						
12		SERBELANO DURAN CONSTANZA	P	P	/	/	/	/	P	J	J	/	/	/	/	/						
13		VARGAS GONZALEZ TRINIDAD	P	P	P	P	/	P	P	P	P	/	/	/	/	P						
14		Martinez Ariza													P	P	P	P				
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	8	7	9	8	6	7	7	6	5	5	5	6	6	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.

T. 6

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
FLAMENCO BASICO

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR
ALEXANDRA BUCAREY

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES Y JUEVES 11:15 - 12:15 HRS.

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESION	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
				01-07-25	03-07-25	08-07-25	10-07-25	15-07-25	17-07-25	22-07-25	24-07-25	29-07-25	31-07-25	05-08-25	07-08-25	12-08-25	14-08-25	19-08-25	21-08-25					
1	DIAZ RUBIO PATRICIA			/	/	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	/	/	/					
2	GARCIA VERGARA CLAUDIA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
3	GILBERT CONCHA JANICE			P	/	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	/	J					
4	GUZMAN LISBOA SUSANA CAROLINA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	KAZTMAN . MALENA RENATA			P	/	P	P	P	/	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P					
6	LARA NIETO CONSUELO MAKARENA			P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
7	MORALES MONARDES GUILLERMINA DE LOURP			P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P					
8	SOLER ARTIGUES MARIA DEL CARMEN			P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P					
9	TORRES GARRIDO NANCY ALEJANDRA			P	P	P	P	P	/	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
10	Suez. Veronica.									P	P	P	P	J	P	P	P	P	P					
11	Espinosa Alejandra													P	P	P	P	/	J					
12	Bocaz Carmen blaris																	P	J					
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	7	4	7	7	7	5	3	5	5	6	5	6	6	8	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.

T. 7

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Flamenco Batao

LUGAR DE EJECUCION
Cristobal Colon 4000 Torre-D.

NOMBRE DEL PROFESOR
Alexandrz Bucarey E.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes y Jueves 10 a 11 am.

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Maribel Sanchez		P	X	P	X	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	X
2	Silvia Szlinz		/	P	X	/	/	/	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	Erika Rojas		/	P	P	/	/	/	P	/	/	/	/	P	P	/	P	/	/	/	/	/
4	Alejandra Prieto		P	P	P	P	P	P	X	P	P	P	X	P	P	P	X	P	P	P	P	P
5	Claudia Moreno		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P
6	Ana Maria Zambrillo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	X	X	P	P	P	P
7	Miriam Vargas		/	/	/	P	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	/	/
8	Andrez Szlinz		/	/	/	X	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 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 4 | 5 | 6 | 5 | 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Flamenco Barrio

LUGAR DE EJECUCION
Cristobal Colon 7000 Torre-D.

NOMBRE DEL PROFESOR
Alexandra Bucarey E.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes y jueves 10 a 11 am.

N	SESIONES	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			12-08-25	14-08-25	15-08-25	21-08-25	26-08-25	28-08-25														
1	Mariela Sanchez		P	P	P	P																
2	Silvia Salinas		/	/	/	/																
3	Erika Rojas		/	/	/	/																
4	Alejandra Prieto		/	/	/	P																
5	Claudia Moreno		P	P	P	P																
6	Ana Maria Zamanillo		P	P	P	P																
7	Mirian Varbas		/	/	/	/																
8	Andrea Salinas		P	P	P	P																
9	Susana. Gozman		P	P	P	P																
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION | 5 | 5 | 5 | 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.

