

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

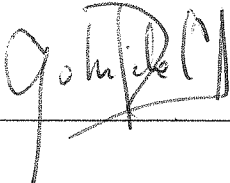
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CASTILLO SOSSA GABRIELA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BORDADO AVANZADO	VIE 09:00-11:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	8
T.2	BORDADO AVANZADO	LUN 09:00-11:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.3	BORDADO INTERMEDIO	VIE 11:15-13:15	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	8
T.4	MACRAME BASICO	MAR 09:00-11:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.5	TEJIDO A PALILLO BASICO	JUE 10:00-12:00	---	PAUL HARRIS 1558	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Técnica de Patchwork con hexágonos con costura a mano para usar como aplicación sobre otra tela. Para armar estos hexágonos se utilizan moldes de cartón Kraft como guía.
T.2	Bordado de flores peruanas para hacer un camino de mesa con tela crea cruda
T.3	Bordado de punto cruz sobre mezcilla usando tela hidrosoluble como marcación por la dificultad de dibujar sobre la tela oscura.
T.4	Se están confeccionando mandalas ojo de Dios o Huichol de 4 puntos y de 8 puntas, con lanas de colores y también con algodones.
T.5	Polera con tejido calado a palillo siguiendo el tutorial por un grafico de símbolos para dos agujas.

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

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

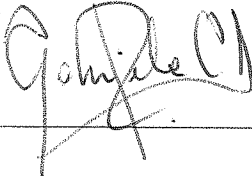
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	CASTILLO SOSSA GABRIELA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

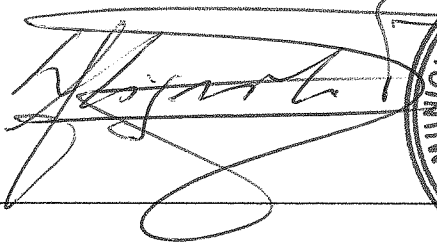
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO A PALILLO BASICO (MANTAS Y DECORA	MIE 12:15-14:15	---	PAUL HARRIS 1558	7
T.7	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 12:30-14:30	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	7
T.8	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 16:15-18:15	---	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	8
T.9	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	MIE 10:00-12:00	---	PAUL HARRIS 1558	7
T.10	TEJIDO A TELAR INTERMEDIO	MAR 11:30-13:30	---	PAUL HARRIS 1558	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Las Alumnas están confeccionando una manta con la técnica “corner two corner”. Cada alumna eligió un dibujo diferente el cual les sirve de guía ya que se utiliza en una cuadrícula.
T.7	Las Alumnas están trabajando en proyectos distintos, una parte del curso esta realizando un tejido de diseños calados a palillo con símbolos de un diagrama. La otra parte del curso esta tejiendo una polera con trenzas a palillo.
T.8	Las alumnas continúan tejiendo un chaleco raglan con canesú bordado punto a punto. Tejiendo con palillos con cierre de terminación tubular italiano
T.9	Las Alumnas están terminando un chaleco de flores africanas tejido a crochet. Están realizando el pegado de mangas y las terminaciones de abotonadura según avance de cada una
T.10	En este taller las Alumnas continúan trabajando en su tapiz de técnica ñimin con dibujo central llamado LUKUTUWE

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. CASTILLO SOSSA 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. CASTILLO SOSSA GABRIELA.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
BORDADO AVANZADO

LUGAR DE EJECUCION
JUNTA VECINOS COLON 8000

NOMBRE DEL PROFESOR
GABRIELA CASTILLO

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
VIERNES 9 A 11 HORAS

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
1	ROSSANA BELMAR		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	M. ANGELICA BUDINICH		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3	M. LORETO GANCHEZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	RITA FUENTES		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	M. TERESA VARGAS		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	MARGARITA GOMEZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	DANISA DYARCE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	SABINA FIGUEROA		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	7	7	7	7	7	8	4	6	7	7	7	7	8	8	6	8	7	6	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

BORDADO AVANZADO

LUGAR DE EJECUCION

JUNTA VECINOS COLON 8000.

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA CASTILLO

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES 9 A 11 HORAS

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 MARZO	24 MARZO	31 MARZO	7 ABRIL	14 ABRIL	21 ABRIL	28 ABRIL	5 MAYO	12 MAYO	19 MAYO	26 MAYO	2 JUNIO	9 JUNIO	16 JUNIO	23 JUNIO	30 JUNIO	7 JULIO	14 JULIO	21 JULIO	28 JULIO
1	JESSICA ARRIAZA	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P			P	P	P		P	P	P	
2	ORLETTE CHECURA	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P			P	P	P		P	P	P	
3	CLARA MELLADO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P		P	P	P	
4	EVELYN VIDAL	P	J	P	P	J	/	P	P	P	P	J			P	P	P		P	P	P		
5	SILKA PAUSIC	P	J	P	P	J	P	J	P	P	J	J			J	J	J		J	J	J		
6	EMMA VERA	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P			P	P	P		P	J	J		
7	PAULA CHAMORRO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P		P	P	P		
8	MARIATERESA GONZALEZ	-	-	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

7 5 6 8 6 5 7 7 7 4 6 7 7 7 7 7 7 7 7 7 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.

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

BORDADO

LUGAR DE EJECUCION

JUNTA VECINOS COLON 8000

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA CASTILLO

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

VIERNES 11:15 A 13:15 HORAS

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
				21 MARZO	28 MARZO	4 ABRIL	11 ABRIL	18 ABRIL	25 ABRIL	2 MAYO	9 MAYO	16 MAYO	23 MAYO	30 MAYO	6 JUNIO	13 JUNIO	20 JUNIO	27 JUNIO	4 JULIO	11 JULIO	18 JULIO	25 JULIO	1. AGOSTO
1	EDITH GARCIA			P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	MARIELA MOLINA			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	RITA FUENTES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	MARGARITA GOMEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	M. JOSE LARENAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	M. ANGELICA BUDINICH			J	J	J	J	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	ROSSANA BELMAR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	MARIA ELENA BRAVO			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	M. JOSE ZEPEDA								P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	DANISA OYARCE																						
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

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
GESTION DE CONTRATS X

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

PROGRAMA
TALLERES DE CREATIVIDAD

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
MACRAME BASICO

NOMBRE DEL PROFESOR
GABRIELA CASTILLO

LUGAR DE EJECUCION
JUNTA VECINOS COLON 8000

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES 9 A 11 HORAS

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 MARZO	25 MARZO	1 ABRIL	8 ABRIL	15 ABRIL	22 ABRIL	29 ABRIL	6 MAYO	13 MAYO	20 MAYO	27 MAYO	3 JUNIO	10 JUNIO	17 JUNIO	24 JUNIO	1 JULIO	8 JULIO	15 JULIO	22 JULIO	29 JULIO
1	JORGE VELIZ			P	P		P	P	J	P	P	P	P	P		P	P	P	P		P	P	P
2	JESSICA ARRIAZA			P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		P	P	P
3	M. ELENA BRAYO			P	P		J	J	J	J	J	P	P	P		J	J	J	P		P	P	P
4	CLARA MELLADO			P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		P	P	P
5	MARGARITA GOMEZ			P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		P	P	P
6	M. TERESA VARGAS			P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		P	P	P
7	SABINA FIGUEROA			/	/		P	/	/	/					RETIRADA								
8	M. LORETO SANCMEZ																						
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

66✓63435666✓5356✓666

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

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
TEJIDO PALILLO BASICO

LUGAR DE EJECUCION
JUNTA VECINOS VITAL APOQUINDO O PIENTE

NOMBRE DEL PROFESOR
GABRIELA CASTILLO S.

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
JUEVES 10 A 12 HORAS

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N 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 MARZO	27 MARZO	3 ABRIL	10 ABRIL	17 ABRIL	24 ABRIL	1 MAYO	8 MAYO	15 MAYO	22 MAYO	29 MAYO	5 JUNIO	12 JUNIO	19 JUNIO	26 JUNIO	3 JULIO	10 JULIO	17 JULIO	24 JULIO	31 JULIO
1	ROSA BEIZA			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	RUTH ALARCON			J	P	J	P	J	P		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	M. JOSE LARENAS			P	P	P	P	P	J		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	TERESA VIVANCO			P	/	J	P	P	J		J	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	VERONICA HUENTELAF			J	J	P	P	P	J		J	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	JESSICA AVILA			J	P	J	P	J	P		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	ALEJANDRA VICUÑA			P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	VIVIANA VARGAS			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																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

5	6	7	8	6	5	X	5	7	5	6	1	1	6	X	8		5	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	
---------------	--

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

C. Silva
FIRMA PROFESSOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

TEJIDO A PAJILLO BASCO
(MANTAS Y DECORAC.)

LUGAR DE EJECUCION

JUNTA VEC. VITAL APOQUINDO ORIENTE

NOMBRE DEL PROFESOR

GABRIELA CASTILLO S

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MIERCOLES 12^h a 14^h hrs

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
				19 MARZO	26 MARZO	2 ABRIL	9 ABRIL	16 ABRIL	23 ABRIL	30 ABRIL	7 MAYO	14 MAYO	21 MAYO	28 MAYO	4 JUNIO	11 JUNIO	18 JUNIO	25 JUNIO	2 JULIO	9 JULIO	16 JULIO	23 JULIO	30 JULIO
1	ROSA BEIZA			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P						P	P
2	CECILIA ARRIAGADA			P	J	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P						P	P
3	RUTH ALARCON			J	J	P	P	P	P	P	P	J		P	P	P						P	P
4	M. JOSE LARENAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P						P	P
5	TERESA VIVANCO			J	P	P	J	P	P	P	J	P		P	P	P						P	P
6	VERONICA HUENTELAF			P	P	P	J	P	P	P	P	J		P	P	P						P	P
7	JESSICA AVILA			P	P	J	P	P	P	P	P	J		P	P	P						P	J
8	ALEJANDRA VICUÑA			P	P	P	P	P	P	J	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

667688775X788X7X87

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

F. INICIO
17-03-2024

DEPARTAMENTO
SESION DE CONTRATOS

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

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

F. TERMINO
30-11-2025

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y

TALLERES RECREATIVOS Y

PE DESARROLLO

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
TEJIDO PAJILLO Y CROCHET B.

LUGAR DE EJECUCION
JUNTA VECINOS COLON 8000

NOMBRE DEL PROFESOR
GABRIELA CASTILLO S

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES 12:30 HORAS A 14:30 HRS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N U M E R O	F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					17 MARZO	24 MARZO	31 MARZO	7 ABRIL	14 ABRIL	21 ABRIL	28 ABRIL	5 MAYO	12 MAYO	19 MAYO	26 MAYO	2 JUNIO	9 JUNIO	16 JUNIO	23 JUNIO	30 JUNI	7 JULIO	14 JULIO	21 JULIO	28 JULIO
1	NATALIA GOMEZ				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P			P	P	P		J	J	P
2	SILKA PAVISIC				P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	J			J	J	J		J	J	J
3	EVELYN VIDAL				/	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	ORiette CHECURA				P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J			P	P	P		P	P	P
5	MARIA JOSE ZEPEDA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J			P	P	P		P	P	P
6	VERONICA ESPINOZA				-	-	-	P	P	P	P	J	P	P	P			J	P	P		P	P	P
7	SANDRA PONTET				-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P		P	P	P
8	ELIANA HENRIQUEZ				P	P	/	P	P	P	P	/	/	/	/			-	-	-	-	-	-	-
9	DANIELA BAQUEDANO				/	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	-
10	VANESSA PONCE				-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P			P	P	P		P	P	P
11	MARIA TERESA GONZALEZ				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			-	-	-		P	P	P
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

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

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

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: TEJIDO PALILLO Y CROCHET B.

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio: MAR 2017

Profesor: GABRIELA CASTILLO

Día - Horario: LUNES 16:15 A 18:15 HRS

Termino: Nov 30

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
		17 MARZO	24 MARZO	31 MARZO	7 ABRIL	14 ABRIL	21 ABRIL	28 ABRIL	5 MAYO	12 MAYO	19 MAYO	26 MAYO	2 JUNIO	9 JUNIO	16 JUNIO	23 JUNIO	30 JUNIO	17 JULIO	18
1	ROSSANA BELMAR	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	-	P	P	P	1	-
2	VERONICA ESPINOZA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	-	P	P	P	2	-
3	GIANFRANCA FIORA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	-	P	P	P	3	-
4	SANDRA PONTET	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	-	P	P	P	4	-
5	FABIOLA VARGAS *	P	P	P	P	P	P											5	+
6	MARIA CABRERA *	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/							6	+
7	DANIELA BAQUEDANO *	/	/	/	/													7	+
8	LORENA CHAHUAN *	P	/	/														8	-
9	MYRIAM NAVARRETE				P	P	P	P	J	P	P	P	-	-	P	P	P	9	-
10	VANESSA PONCE							P	P	P	P	P	-	-	P	J	P	10	-
11	MARIA JOSE ZEPEDA								P	P	P	P	-	-	J	P	P	11	-
12	MABEL MONDACA											P	-	-	P	P	P	12	-
13																		13	
14																		14	
15																		15	
16																		16	
17																		17	
18																		18	
19																		19	
20																		20	
21																		21	
22																		22	
23																		23	
24																		24	
25																		25	
26																		26	
27																		27	
28																		28	

N° Asistentes por sesión	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	8	✓	✓	7	7	8			
% Asistencia por sesión																			
% Promedio asistencia acumulado																			

Marque con una "P" si alumno asistió a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
Marque con un "/" si alumno no asistió a clase:

Inscripción Mínima: _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar la
continuidad del taller)

[illegible][illegible][illegible]

Fecha:

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	J. VECINOS VITAL APOQUINDO ORIENTE
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
GABRIELA CASTILLO S	MIERCOLES 10 A 12 MRS

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
				19 MARZO	26 MARZO	2 ABRIL	9 ABRIL	16 ABRIL	23 ABRIL	30 ABRIL	7 MAYO	14 MAYO	21 MAYO	28 MAYO	4 JUNIO	11 JUNIO	18 JUNIO	25 JUNIO	2 JULIO	9 JULIO	16 JULIO	23 JULIO	30 JULIO
1	ROSA BEIZA			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P		P	P		P			P	P
2	CECILIA ARRIAGADA			P	J	P	P	J	P	P	P	P		P		P	P		J			J	P
3	RUTH ALARCON			P	J	P	P	P	P	P	P	J		P		P	P		P			J	P
4	M. JOSE LARENAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P		J		P	P		P			J	P
5	TERESA VIVANCO			J	P	P	J	/	P	P	J	P		P		P	P		P			P	P
6	VERONICA HUENTELAF			J	P	P	J	J	P	P	P	J		P		P	J		P			J	P
7	JESSICA AVILA			P	P	P	P	J	P	P	P	J		J		P	P		J			J	P
8	ALEJANDRA VICUNA			P	P	P	P	P	P	J	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	6	4	8	7	7	5	X	6	8	7	X	6	1	X	4	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TELAR INTERMEDIO	JUNTA VECINOS VITAL APOQUINADO ORIENTE
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
GABRIELA CASTILLO	MARTES 11 ³⁰ A 13 ³⁰

	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
					19 MARZO	25 MARZO	1 ABRIL	8 ABRIL	15 ABRIL	22 ABRIL	29 ABRIL	6 MAYO	13 MAYO	20 MAYO	27 MAYO	3 JUNIO	10 JUNIO	17 JUNIO	24 JUNIO	1 JULIO	8 JULIO	15 JULIO	22 JULIO	29 JULIO
1	M. TERESA VARGAS				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	ANGELA ACEITUNO				P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	VERONICA HUENTELAF				P	P	P	J	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J
4	DANISA OYARCE				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	FADIOLA VARGAS				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	M. CRISTINA LEIVA	X			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	X
7	GUISELLE OYABAN																					P	P	P
8	LORETO SANCHEZ																							P
9	TAMARA OYABAN																							P
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

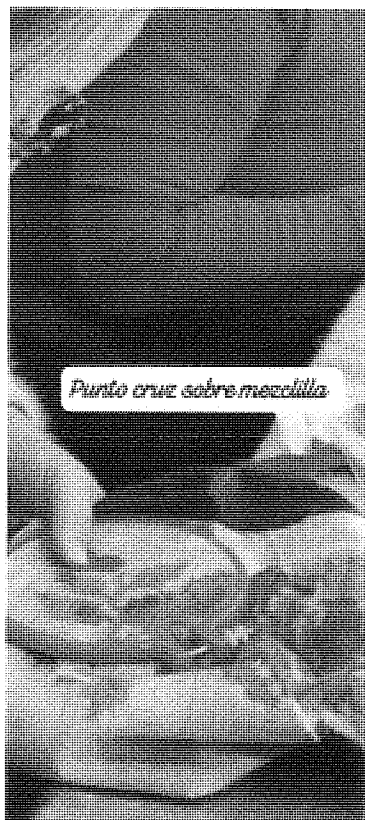
Nº DE ASISTENTES POR SESION	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																								
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES																								
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA																								

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.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T.1 BORDADO AVANZADO VIE 09:00-11:00 --- ALONSO DE CAMARGO 8671

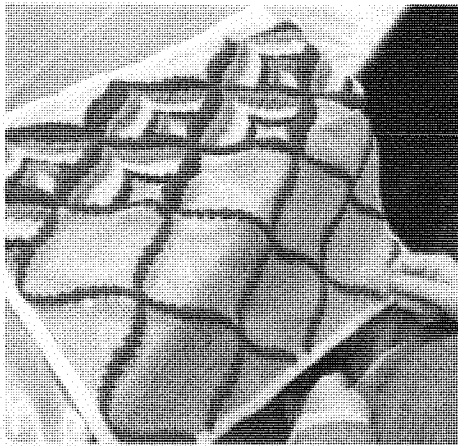


T.2 BORDADO AVANZADO LUN 09:00-11:00 --- ALONSO DE CAMARGO 8671



T.3 BORDADO INTERMEDIO VIE 11:15-13:15

ALONSO DE CAMARGO 8671



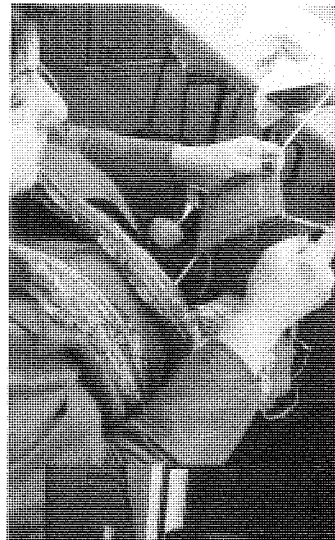
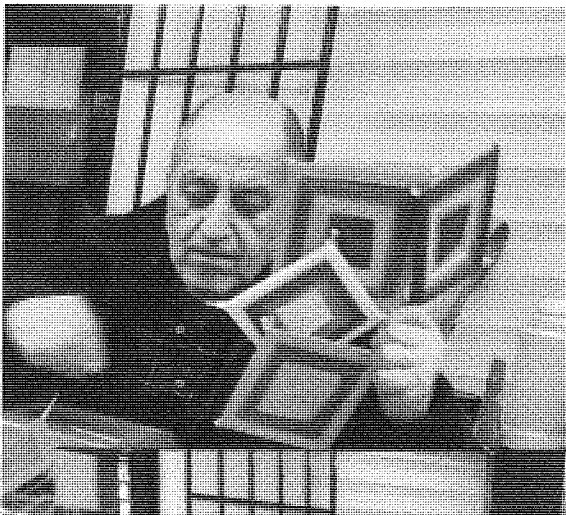
Taller 3 bordado
intermedio viernes 11:15
horas

11:30 p. m.



T.4 MACRAME BASICO MAR 09:00-11:00

ALONSO DE CAMARGO 8671



T.5 TEJIDO A PALILLO BASICO JUE 10:00-12:00 --- PAUL HARRIS 1558



T.6 TEJIDO A PALILLO BASICO (MANTAS Y DECORACION)

MIE 12:15-14:15 --- PAUL HARRIS 1558



T.7 TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO

LUN 12:30-14:30 --- ALONSO DE CAMARGO 8671



T.8 TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO

LUN 16:15-18:15 --- PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)



T.9 TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO

MIE 10:00-12:00 - PAUL HARRIS 1558



T.10 TEJIDO A TELAR INTERMEDIO MAR 11:30-13:30 --- PAUL HARRIS 1558

