LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	COLOMER ARAVENA VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BISUTERIA AVANZADO	JUE 15:00-17:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.2	BISUTERIA INTERMEDIO	MAR 14:00-16:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.3	BISUTERIA INTERMEDIO	MAR 16:15-18:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.4	BISUTERIA INTERMEDIO	JUE 09:00-11:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.5	INTERVENCION TEXTIL BASICO	MAR 09:00-11:00	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	TEJIDO EN MOSTACILLAS DELICAS / MIYUKI APRENDIZAJE PUNTADA PEYOTE PAR E IMPAR.
T.2	SE REALIZARON TRABAJOS CON SUPER DUO, CRISTALES Y MOSTACILLAS. MODELOS DIVERSOS DE AROS Y COLLAR.
T.3	SE REALIZAROS TRABAJOS CON SUPER DUO, CRISTALES Y MOSTACILLAS. MODELOS DIVERSOS DE AROS Y COLLAR.
T.4	SE REALIZARON MODELOS CON TECNICA KUMIHINO (CORDON) MODELOS CORTOS QUE TAMBIEN INCLUYERON CRISTALES Y MOSTACILLAS
T.5	SE APRENDIO LA TECNICA DE SUBLIMACION SOBRE TELA. TANTO TELAS SINTETICAS COMO DE ALGODON. PARA SER UTILIZADA SOBRE BOLSAS Y COJINES.

Firma prestador de los servicios	

Scanned with CamScanner

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	COLOMER ARAVENA VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	INTERVENCION TEXTIL BASICO	MAR 11:15-13:15	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	7
T.7	REPUJADO EN ESTAÑO AVANZADO	MIE 14:00-16:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.8	REPUJADO EN ESTAÑO AVANZADO	MIE 16:15-18:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.9	REPUJADO EN ESTAÑO BASICO	MIE 09:30-11:30	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.10	REPUJADO EN ESTAÑO BASICO	MIE 11:45-13:45	---	ALONSO DE CAMARGO 8671	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	SE APRENDIO LA TECNICA DE SUBLIMACION SOBRE TELA. TANTO SINTETICA COMO ALGODON. PARA SER APLICADA SOBRE BOLSAS, COJINES, etc.
T.7	REPUJADO SOBRE ALUMINIO. TECNICA PERFIL CON VOLUMEN. TECNICA APLICADA A VELAS y A CORAZONES MEJICANOS REPUJADOS.
T.8	REPUJADO SOBRE ALUMINIO. TECNICA PERFIL CON VOLUMEN TECNICA APLICADA A VELAS y A CORAZONES MEJICANOS REPUJADOS.
T.9	REPUJADO EN ALUMINIO. TECNICA DE PERFILADO CON VOLUMEN y VOLUMEN PLANO.
T.10	REPUJADO EN ALUMINIO. TECNICA DE PERFILADO CON VOLUMEN y VOLUMEN PLANO.

Firma prestador de los servicios	

Scanned with CamScanner

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	COLOMER ARAVENA VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	BISUTERIA AVANZADA	JUE 13:00-15:00	--	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.12	--	--	--	--	
T.13	--	--	--	--	
T.14	--	--	--	--	
T.15	--	--	--	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	TEJIDO EN MOSTACILLAS DELICAS / MIYUKI APRENDIZAJE PUNTADA PEYOTE PAR E IMPAR.
T.12	
T.13	
T.14	
T.15	

Firma prestador de los servicios	

Scanned with CamScanner

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. COLOMER ARAVENA VERONICA, RUT: [redacted]3, 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. COLOMER ARAVENA VERONICA.

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

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

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Arrayada.	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomar	Jueves 15:00 17:00

	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
		FECHA	20 Mayo	27 Mayo	3 Abril	10 Abril	17 Abril	24 Abril	1 Mayo	8 Mayo	15 Mayo	22 Mayo	24 Mayo	5 Junio	12 Junio	19 Junio	26 Junio	3 Julio	10 Julio	17 Julio	24 Julio	31 Julio
1	Lucia Schroeder		P	J	P	P	P	P		P	J	P	P	P		P	P	J	P	P	P	P
2	Victoria Lima Pekarman		P	J	P	P	P	P		P	J	J	J	P	feriado	J	J	J	J	P	J	J
3	Magali Vega		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P
4	Nilda Romiz		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		P	P	J	P	P	P	P
5	Marcina Brunser		P	P	P	P	P	P	FERIADO	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P
6	Raquel Faiji		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	x	J	J	P	J	J	P	P
7	Mónica Constantino		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		J	J	J	P	P	P	P
8	Mariela Yorty										P	P	P	P		J	J	J	J	J	J	P
9																						
10															clase suspendida							
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	5	7	7	7	7		7	6	7	7	8	4	4	4	3	5	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Abril	Talleres Recreat. y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	7 Agosto	14 Agosto	21 Agosto	28 Agosto																		
1	P	P	J																		SI	NO
2	J	J	P																		NO	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	J																		SI	NO
5	P	P	P																		SI	NO
6	J	J	P																		SI	NO
7	P	P	P																		SI	NO
8	P	P	P																			NO
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	6																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Bicicleta Intermedio	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomer	Martes 14º 16º

	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
			18 Mayo	25 Mayo	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	Irene Cuellar		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J		P
2	Peter Flores		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P
3	Monsol Loyola		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
4	Maria Isabel Janeaud		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
5	Mita Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P
6	Monica Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	CLASES	P
7	M. Paulina Rosen		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J									
8																					SIN	
9																					J	
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	7	7	7	7	5	4	6	6	6	6	6	5	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestion de Contratos y talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	5 Agosto	12 Agosto	19 Agosto	26 Agosto																		
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	P																		SI	NO
[illegible]	P	P	P																		SI	NO
6	P	P	P																		NO	NO
7																					SI	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
[illegible]																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	6																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Intermedia	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomer	Martes 16'15 18'15

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			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	Luna Muller		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P
2	Pilar Flores		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Marisol Loyola		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Maria Isabel Jorcoud		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Milta Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Monica Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	M. Paulina Rocha		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J									
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	7	7	7	7	5	4	6	6	6	6	6	5	5	5	5	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y de Desarrollo

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	5 Agosto	12 Agosto	19 Agosto	26 Agosto																		
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	P																		SI	NO
5	P	P	P																		SI	NO
6	P	P	P																		NO	NO
7																					SI	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	6																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Disciplina Intermedia	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomer	Jueves 9:00 M:00

	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	20 Mayo	27 Mayo	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	Alicia Orsesne		P	P	P	P	P	P		J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
2	Lucinda Naranjo		P	P	P	P	P	P		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Gloria Nerenti		P	P	P	P	P	P	D	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Veronica Spenza		P	P	P	P	P	P	21	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
5	Linda Naranjo		P	P	P	P	P	P	F	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Paulina Molin		P	P	P	P	P	P	E	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
7	Marcela Sanhueza.													P	J	P	P	P	P	P	J	P
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	6	6	6	6		3	6	5	5	6	3	7	7	7	7	7	6	7

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

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

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 7
Mayo	Gestión de Contratos y talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	**PROGRAMA**	
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	7 Agosto	14 Agosto	21 Agosto	28 Agosto																		
1	P	P	J																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	J																		SI	NO
5	P	P	P																		SI	NO
6	P	P	P																			NO
7	P	P	P																			NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	7	6																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Intervención textil	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jessica Colomer	Martes 9°° 11°°

	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	18 Mayo	25 Mayo	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	Margarita Scianca		P	P	P	P	P	J	J	J		J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	Solange Sailing		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	J	P	J	J	J	P
3	Marta Ramirez		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J
4	Maria Lynnia Faundez		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
5	Carola Moira		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J
6	Jeronima Faundez		/	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
7	Esther Maria Jorge		/	/	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
8	Sabina Figueroa		/	/	/	/	/	/	P	P		J	P	J	P	J	J	J	J	J	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	7	7	6	7	7		6	7	7	7	4	6	6	6	4	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Marzo	Gestión de Contratos y talleres

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	5 Agosto	12 Agosto	19 Agosto	26 Agosto																		
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	T																		SI	NO
4	P	S	S																		NO	NO
5	P	P	P																		NO	NO
6	P	P	P																		NO	NO
7	P	P	P																		SI	NO
8	S	P	P																		SI	NO
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	7	6																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Intervención textil	Colón 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colombi.	Martes 11hs - 13hs

	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	18 Mayo	25 Mayo	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	Margarita Scionca		P	P	P	P	P	J	J	J		J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	Solange Sui Ling		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	J	P	J	J	J	P
3	Marta Ramirez		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
4	Maria Ignacia Fernandez		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
5	Carola Moira		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J
6	Alejandra Fernandez.		/	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
7	Esther Marta Sotre.		/	/	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
8	Sabina Figueroa		P	P	P	P	J	J	P	P		J	P	J	P	J	J	J	J	J	P	P
9	Elena Zubizarreta		P	P	P	P	J	P	P	P		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	8	9	9	7	9	9	9		7	8	8	8	6	6	7	5	7	7	7

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

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

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 9
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	5 Agosto	12 Agosto	19 Agosto	26 Agosto																		
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	J																		SI	NO
4	P	J	J																		NO	NO
5	P	P	P																		NO	NO
6	P	P	P																		NO	NO
7	P	P	P																		NO	NO
8	J	P	P																		SI	NO
9	J	P	P																		NO	NO
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	8	7																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Repujado en Estaño Arenado	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Verónica Gómez	Miercoles 14:00 - 16:00

	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
			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	Sonia Moltedo		P	P	J	J	J	J	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J		J	J
2	Angelica Correa		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P
3	Jenny Marín		P	P	P	P	P	P	P	J	J		J	J	P	P	P	P	P		P	P
4	Nayola Diaz		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	P	P		P	P
5	Hilda Ortiz		P	P	P	P	J	P	P	P	P	O	P	P	P	P	P	P	P	O	P	P
6	Olgancha Cammell		P	P	J	P	P	P	P	J	P	FERIADO	P	P	P	P	P	P	P	FERIADO	P	P
7	Julia Yoitz					P	P	J	P	J	P		P	P	P	P	J	P	P		P	P
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	4	6	5	5	6	3	5		5	5	6	5	5	6	6		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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	6 Agosto	13 Agosto	20 Agosto	27 Agosto																		
1	J	J	J																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	P																		SI	NO
5	P	P	P																		SI	NO
6	P	P	P																		SI	NO
7	P	P	J																		SI	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	6																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Repoyo lo en Estiro Arenzolo	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Chomer	miercoles 16⁵ 18⁵

	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
			19 Mayo	26 Mayo	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	Angelica Correa		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P
2	Jenny Moreni		P	P	P	P	P	P	P	S	S		S	S	P	P	P	P	P		P	P
3	Marcela Diaz		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	S	P	P	P		P	P
4	Hilda Orly		P	P	P	P	S	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P
5	Alejandra Cammell		P	P	S	P	P	P	P	S	P		P	P	P	P	P	P	P		P	P
6	Julia Jorge		P	P	P	P	P	S	P	S	P		P	P	P	P	S	P	P		P	P
7												FERIADO								FERIADO		
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	5	6	5	5	6	3	5	-	5	5	6	5	5	6	6		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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	6 Agosto	13 Agosto	20 Agosto	27 Agosto																		
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	P																		SI	NO
5	P	P	P																		SI	NO
6	F	P	S																		SI	NO
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	5																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Repyolo en Sto Tomo bosco	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomer.	Miercoles 9:35 11:35

	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	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	16 Julio	23 Julio	30 Julio
1	Sonia Aguilera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	O	P	J	J	J	J	J	J		J	P
2	Monica Ibañez		P	P	P	P	P	P	P	P	P		J	P	P	J	P	P	P	O	P	P
3	Maria Cecilia Mena		P	J	P	P	J	P	P	P	P	F	P	J	P	J	P	P	P	E	P	P
4	Maria Belen torres		P	P	P	P	P	P	P	P	J	E	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P
5	Andrea Figueroa		P	P	P	P	P	P	P	P	J	R	P	P	P	P	P	P	J	I	P	P
6	Patricia Viglot		P	J	J	P	J	P	P	P	P	I	J	P	J	P	P	P	P	A	P	P
7	Mila Olguin																					
8																						
9																						
10																						
11												FERIADO								FERIADO		
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	4	6	4	4	6	6	6	4		4	4	4	3	5	5	4		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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Marzo	Gestión de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	6 Agosto	13 Agosto	20 Agosto	27 Agosto																		
1	J	P	J																		SI	NO
2	P	P	J																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	P																		NO	NO
5	P	J	P																		NO	NO
6	P	P	P																		SI	NO
7		P	P																			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5	6	5																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Osteoporosis	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomar	jueves 12⁴⁵ - 14⁴⁵

	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	5 Junio	12 Junio	19 Junio	26 Junio	3 Julio	10 Julio	17 Julio	24 Julio	31 Julio	7 Agosto	14 Agosto	21 Agosto	28 Agosto	4 Sept.	11 Sept.	18 Sept.	25 Sept.			
1	Leticia Schaeder		P		P	P	J	P	P	P												
2	Magali Vega		P		P	P	P	P	P	P												
3	Mecta Ramirez		P		P	P	J	P	P	P												
4	Monica Bruner		P		P	P	P	P	P	P												
5	Monica Constantino		P		J	J	J	P	P	P												
6	Mariela Perez		P		J	J	J	J	J	J												
7	Raquel Felix		P		J	J	P	J	J	J												
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Clases suspendidas

N° DE ASISTENTES POR SESION	7	4	4	3	3	4	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 7
Junio	Gestión de Contratos y Cobros	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Taller Recreativo y de Desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	7 Agosto	14 Agosto	21 Agosto	28 Agosto																		
1	P	P	J																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	J																		SI	NO
4	P	P	P																		SI	NO
5	P	P	P																		SI	NO
6	P	P	P																		SI	NO
7	J	J	P																		SI	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	6	5																			

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner