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	DE ALMEIDA PRATO PACHECO SIMONE		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BISUTERIA BASICO	JUE 09:00-11:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	7
T.2	BISUTERIA BASICO	MAR 15:00-17:00	---	CHARLES HAMILTON 301	6
T.3	BISUTERIA BASICO	MIE 15:00-17:00	---	JUAN DE AUSTRIA 1539	8
T.4	BISUTERIA BASICO	JUE 11:15-13:15	---	ALCANTARA 434	7
T.5	BISUTERIA BASICO	LUN 16:00-18:00	---	LAS VERBENAS 9191	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las alumnas usaron alicates para hacer aros con vástagos, mostacillas y cristales. También usaron los alicates para hacer collar con alambre recubierto, perlas y aprietes.
T.2	Las alumnas usaron hilo nylon, argollas y cristales, para hacer aros. También usaron crochet, hilo de algodón y mostacillones, para hacer un collar tejido.
T.3	Los alumnos usaron alambre recubierto, argollas y perlas, para hacer un collar de perlas alternadas con argollas. También usaron hilo nylon, agujas, cristales y mostacillas, para hacer una pulsera.
T.4	Las alumnas usaron los alicates y tijeras, para hacer un collar con cordón de seda, alambre recubierto, perlas y cristales. También usaron alambre recubierto, perlas y aprietes, para hacer un collar.
T.5	Las alumnas usaron alambre recubierto, perlas y argollas, para hacer un collar. También usaron cordón de seda, alambre recubierto, cristales y perlas, para hacer un collar.

Firma prestador de los servicios	SPacheco

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	DE ALMEIDA PRATO PACHECO SIMONE		
RUT	[redacted]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	BISUTERIA BASICO	JUE 15:00-17:00	---	GLAMIS 3404	4
T.7	BISUTERIA INTERMEDIO	MIE 18:30-20:30	---	PJE. MONICA 1559	6
T.8	BISUTERIA INTERMEDIO	LUN 11:00-13:00	---	PJE. MONICA 1559	6
T.9	--	---	---	---	
T.10	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Las alumnas usaron hilo nylon, perlas y cadenas, para hacer un collar. También usaron alambre recubierto, cristales y mostacillas, para hacer una pulsera.
T.7	Las alumnas usaron hilo nylon, perlas y cristales, para hacer pulseras. También usaron cordón grueso para hacer un collar de macramé.
T.8	Las alumnas usaron terminales de pulsera, cristales y vástagos, para hacer aros. También hicieron pulseras con argollas, vástagos y cristales.
T.9	
T.10	

Firma prestador de los servicios	MPacheco

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. DE ALMEIDA PRATO PACHECO SIMONE, 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. DE ALMEIDA PRATO PACHECO SIMONE.

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)

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BISUTERÍA	JUAN DE AUSTRIA - 1539

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRADO A	JUEVES - 9:00 A 11:00 HORAS

	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
	SESIONES / FECHA	20/03/25	27/03/25	03/04/25	10/04/25	17/04/25	24/04/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	05/06/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	03/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	31/07/25	07/08/25
1	EDDA PEREZ SCHIAFFINO	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P
2	CECILIA POECK HERRERA	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P
3	MARIA LUISA POSTERNACK	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
4	MARÍA ANGÉLICA REYES B.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	MARÍA ELENA LORENZINI L	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	J	J	J	P
6	MARÍA SOLEDAD SALAZAR	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	GLADYS ZIMEND QUILOFF	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P
8	MARÍA JOSÉ RAMOS C.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	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 "/" (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.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALL

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DS

INSCRIPCION MINIMA : _____
(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)
	14/08/25	21/08/25																				
1	J	P																				NO
2	J	P																			NO	NO
3	P	P																			SI	NO
4	P	P																			SI	NO
5	J	P																			SI	NO
6	P	P																			SI	NO
7	P	P																			SI	NO
8	P	P																			NO	NO
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

MPacheco
FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
BISUTERÍA	CHARLES HAMILTON - 301

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRATO P.	MARTES- 15:30 A 17:30h.

	FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____ (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
	17/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALL.	
	FECHA TÉRMINO	**PROGRAMA**	
	30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

	NOMBRE COMPLETO 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	18/03/25	25/03/25	01/04/25	08/04/25	15/04/25	22/04/25	29/04/25	06/05/25	13/05/25	20/05/25	27/05/25	03/06/25	10/06/25	17/06/25	24/06/25	01/07/25	08/07/25	15/07/25	22/07/25	29/07/25
1	DAPHNE KARAMANOS MENA	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
2	LILIAN WALTER NEUMANN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	FRANCISCA CERDA TRONCOSO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	CLAUDIA TRONCOSO EBERL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	JÉSSICA TAPIA V.	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	LUIDNA ROMERO BAEZA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	/	/	/	/
7	MAITE ARESTI															P	P	P	P	P	P
8	GABRIELA LOPEZ LARRAECHEA																	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 SESIÓN																				

	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. MÉDICO (SI / NO)
	05/08/25	12/08/25	19/08/25																			
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		NO	NO
3	P	P	P																		NO	NO
4	P	P	P																		SI	NO
5	/	/	/																		—	—
6	/	/	/																		—	—
7	P	P	P																		SI	NO
8	P	P	P																		NO	NO
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

MRochera

FIRMA PROFESOR

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA " J " SI EL 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.

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BISUTERÍA	JUAN DE AUSTRIA - 1539

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRADO	MIÉRCOLES- 15:00 A 17:00 hr.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLER

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DES.

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

	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
	SESIONES / FECHA	19/03/25	26/03/25	02/04/25	09/04/25	16/04/25	23/04/25	30/04/25	07/05/25	14/05/25	28/05/25	04/06/25	11/06/25	18/06/25	25/06/25	02/07/25	09/07/25	23/07/25	30/07/25	06/08/25	13/08/25
1	RUTH COTAL MANZANARES	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	MARÍA INÉS RODRIGUEZ VIVES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	ADRIANA CASAROTTI	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	MARGARITA CHAMBEAUX	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P
5	MÓNICA ALPIRE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	PAMELA CARRASOLA	J	J	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	GUSTAVO ASENJO TYRER	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	LETICIA MARZOLO	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	BERNARDITA DE LA CERDA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

	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)
	20/08/25																					
1	P																				SI	NO
2	P																				SI	NO
3	P																				NO	NO
4	P																				SI	NO
5	P																				NO	NO
6	/																				—	—
7	P																				SI	NO
8	P																				SI	NO
9	P																				SI	NO
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 " / " (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.

MPacheco
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
BISUTERÍA	ALCÁNTARA - 434

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRATO P.	JUEVES - 11:15 - 13:15 HORAS

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DES.

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

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	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. MÉDICO (SI / NO)
		FECHA	20/03/25	27/03/25	03/04/25	10/04/25	17/04/25	24/04/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	05/06/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	03/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	31/07/25	07/08/25	14/08/25	21/08/25																				
1	CLARA ALVAREZ CAMUS		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	J	J	J	J	/	/	/																			NO	NO
2	ANA SICHEL VIVENCIO		P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/																			NO	NO
3	MARÍA VERÓNICA JIMENEZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P																			SÍ	NO
4	IVETTE SAINT-JEAN I.		P	P	P	J	P	J	J	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P																			SÍ	NO
5	ALEJANDRA DEL FIERRO T.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																			SÍ	NO
6	MARÍA PILAR HOJAS LORET		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																			NO	NO
7	MAGDALENA ROGERS HOYL		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																			NO	NO
8	LUCÍA PAZOS RUIZ		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																			SÍ	NO
9	MARICHEN GALDAMES G.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
10																																												
11																																												
12																																												
13																																												
14																																												
15																																												
16																																												
17																																												
18																																												
19																																												
20																																												
21																																												
22																																												
23																																												
24																																												
25																																												
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																																											

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (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.

M Pacheco
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
BISUTERÍA	LAS VERBENAS - 9191

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRATO P.	LUNES - 16:00 A 18:00 HORAS

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLER.

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DES

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

SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FECHA	17/03/25	24/03/25	31/03/25	07/04/25	14/04/25	21/04/25	28/04/25	05/05/25	12/05/25	19/05/25	26/05/25	02/06/25	09/06/25	16/06/25	23/06/25	30/06/25	07/07/25	14/07/25	21/07/25	28/07/25
1 XIMENA Ives Gallegillos	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 MAGALY Saundis A.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 ROSITA Tereso Delpiano	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
4 ALICIA Rodríguez Garay	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 LUZ Barroza Villarlad	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
6 MARÍA SOLEDAD Steinfort	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/
7 MARTHA Pérez Moreno	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 ZILLA Zilz Fink	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 PERLA REYES LEIVA		P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J
10 ILIA GUTIERREZ PEREZ						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 VIOLETA MORALES INOSTROZA						P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12 GABY GUZMAN G.																P	P	P	P	J
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																				

SESIONES Nº	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
FECHA	04/08/25	11/08/25	18/08/25																	
1	P	P	P																	
2	P	P	J																	
3	P	P	P																	
4	P	P	P																	
5	P	P	P																	
6	/	/	/																	
7	P	P	P																	
8	/	/	/																	
9	P	P	P																	
10	P	P	P																	
11	/	/	/																	
12	J	J	J																	
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
—	—
NO	NO
—	—
SI	NO
SI	NO
—	—
SI	NO

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.

SPacheco
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
BISUTERÍA	GLAMIS - 3404

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRATO P.	JUEVES - 15:00 A 17:00 HORAS

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLER

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DES.

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

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		20/03/25	27/03/25	03/04/25	10/04/25	17/04/25	24/04/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	05/06/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	03/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	31/07/25	07/08/25
1	BERNARDITA SANCHEZ LARRAIN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	CLEMENTINA GOMEZ DE S.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	LUCIANA ACUÑA PIERIMARCHI	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	J	J	P	P
4	JULIA PESSAT VARON	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	MARIA CLEMENCIA NUÑEZ G	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
6	RAQUEL GAETE MUÑOZ	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P
7	MARIA TRINIDAD SAHAGUN Z.	P	P	P	P	J	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	MARÍA BERTA ALARCÓN A.	P	P	P	P	P	P	J	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	PILAR MALDONADO DONOSO									P	P	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/
10	NEIA RODRIGUES MATHEU										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																					
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																					

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº / FECHA	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. MÉDICO (SI / NO)
		14/08/25	21/08/25																				
1	BERNARDITA SANCHEZ LARRAIN	P	P																			SI	NO
2	CLEMENTINA GOMEZ DE S.	J	J																			SI	NO
3	LUCIANA ACUÑA PIERIMARCHI	P	J																			SI	NO
4	JULIA PESSAT VARON	P	P																			SI	NO
5	MARIA CLEMENCIA NUÑEZ G	P	J																			SI	NO
6	RAQUEL GAETE MUÑOZ	J	J																			SI	NO
7	MARIA TRINIDAD SAHAGUN Z.	/	/																			—	—
8	MARÍA BERTA ALARCÓN A.	/	/																			—	—
9	PILAR MALDONADO DONOSO	/	/																			—	—
10	NEIA RODRIGUES MATHEU	J	J																			SI	NO
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (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.

MPacheco
FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BISUTERÍA	MÓNICA - 1559

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRATO P.	MIÉRCOLES - 18:30 A 20:30 HORAS

	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	19/03/25	26/03/25	02/04/25	09/04/25	16/04/25	23/04/25	30/04/25	07/05/25	14/05/25	28/05/25	04/06/25	11/06/25	18/06/25	25/06/25	02/07/25	09/07/25	23/07/25	30/07/25	06/08/25	13/08/25
1	GLORIA RUIZ TORRES		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	—	P	P	P	P	P	P
2	MARÍA ANGÉLICA ORTIZ S.		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	—	P	P	P	P	P	P
3	ADRIANA DIAZ DIAZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	—	P	P	P	P	P	P
4	NURY SILVA MORALES		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	—	P	P	P	P	P	P
5	CARMEN ROSA GOMEZ A.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	—	P	P	P	P	P	P
6	CRISTINA REYES E.		P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	—	J	J	P	P	P	P
7	ELISA CICCONE GARCIA		J	J	J	J	P	P	J	J	J					—						
8																—						
9																—						
10																—						
11																—						
12																—						
13																—						
14																—						
15																—						
16																—						
17																—						
18																—						
19																—						
20																—						
21																—						
22																—						
23																—						
24																—						
25																—						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION																					

JUNTA CERRADA POR ARREGLOS

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.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES
F. TERMINO	**PROGRAMA**
30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DES.

INSCRIPCION MINIMA : _____
(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)
	20/08/25																					
1	P																				SI	NO
2	P																				SI	NO
3	P																				SI	NO
4	P																				SI	NO
5	P																				SI	NO
6	P																				SI	NO
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BISUTERÍA	MÓNICA - 1559

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SIMONE DE ALMEIDA PRATO P.	LUNES - 11:00 A 13:00 HORAS

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/25	GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLER

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/25	TALLERES RECREATIVOS Y DE DES.

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

N°	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	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)
SESIONES / FECHA		17/03/25	24/03/25	31/03/25	07/04/25	14/04/25	21/04/25	28/04/25	05/05/25	12/05/25	19/05/25	26/05/25	02/06/25	09/06/25	16/06/25	23/06/25	30/06/25	07/07/25	14/07/25	21/07/25	28/07/25	04/08/25	11/08/25	18/08/25																			
1	LAURA MARABOLI NUÑEZ	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																		SI	NO
2	MARÍA INES ZUÑIGA VALDES	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J		P	P	P																		SI	NO
3	MANUELA MEDINA V.	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P																		SI	NO
4	MARÍA ISABEL GAJARDO V.	P	P	P	/	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P		P	P	P																		SI	NO
5	MARÍA ISABEL GONZALEZ M.	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P		P	P	P																		SI	NO
6	NURY SILVA MORALES.	J	J	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P																		SI	NO
7																																											
8																																											
9																																											
10																																											
11																																											
12																																											
13																																											
14																																											
15																																											
16																																											
17																																											
18																																											
19																																											
20																																											
21																																											
22																																											
23																																											
24																																											
25																																											
N° DE ASISTENTES POR SESION																																											

*JUNTA CERRADA - PROBLEMAS ELECTRICOS

*JUNTA CERRADA PARA ARREGLOS

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.

M Pacheco
FIRMA PROFESOR