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	INOSTROZA PEZZINI SILVIA ALEJANDRA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MULTIPLES TECNICAS BASICO	JUE 10:00-12:00	---	COLICHEO 1985	6
T.2	MULTIPLES TECNICAS BASICO	JUE 12:15-14:15	---	COLICHEO 1985	6
T.3	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MIE 10:00-12:00	---	TOMAS MORO 1172	7
T.4	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MIE 12:15-14:15	---	TOMAS MORO 1172	6
T.5	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 15:00-17:00	---	TOMAS MORO 1172	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	ESCULTURAS HECHAS DE ENVASES PLASTICOS CUBIERTAS CON PASTAMURO MAS ARENA. DECORADAS CON MATERIALES EN DESUSO. PINTADAS CON ACRILICOS.
T.2	CENTROS DE MESA DE PLASTICOS CUBIERTOS CON CARTA-PESTA Y DECORACION DE MASA DAS. PINTADOS CON ACRILICOS. PINCELES Y ESPONJA.
T.3	CAMPANAS DECORATIVAS CON DESECHO PLASTICO FORMA DE CONO, CON CARTA-PESTA, PASTA MURO Y DECORADAS CON MOLDES DE MASA Y PINTADAS.
T.4	ARMADO DE CAMPANAS CON DISTINTAS DECORACIONES Y COLORES. COLGANTES HECHOS CON CD CUBIERTOS EN MASA Y DECORADOS.
T.5	PAJAROS HECHOS DE CARTON DECORADOS CON STENCIL, DECOPAGE. PINTADOS CON ACRILICOS Y ESPONJA

Firma prestador de los servicios	Alejandra I

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	INOSTROZA PEZZINI SILVIA ALEJANDRA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	MULTIPLES TECNICAS INTERMEDIO	MIE 15:00-17:00	---	COLICHEO 1985	6
T.7	MULTIPLES TECNICAS INTERMEDIO	MIE 17:15-19:15	---	COLICHEO 1985	6
T.8	RECICLAJE BASICO	VIE 09:00-11:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	4
T.9	RECICLAJE BASICO	VIE 11:15-13:15	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	4
T.10	RECICLAJE CREATIVO BASICO	LUN 12:20-14:20	---	VILANOVA 505	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	PILARES DE CARTON CON CARTA PESTA, PASTA MURO Y ARENA. PINTADOS CON ACRILICOS Y ESPONJA. CUADROS DE FLORES DE CAJAS DE HUEVOS EN PROSESO.
T.7	MASCARAS DE CARTON Y BASE DE MADERA CON PASTA MURO Y ARENA. DECORACIONES EN MASA DAS. CARAS DE TUBOS DE PAPEL HIGIENICO. EN PROSESO
T.8	CUBOS DE CARTON COMO PILARES CON CARTA PESTA. PAJAROS DE CARTON TIPO ESCULTURAS CON PASTA MURO Y DECORACIONES DE HILO YUTE Y STENCIL.
T.9	IMITACION TABLONES DE MADERA CON PASTA MURO Y ASERRIN MAS COLA FRIA. PROYECTO NAVIDEÑO POR TERMINAR.
T.10	HOJAS DECORATIVAS CON CARTON Y PALOS DE MADERA. DECORADAS CON STENCIL. PINTADAS CON ACRILICOS Y METALIZADOS.

Firma prestador de los servicios	

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	INOSTROZA PEZZINI SILVIA ALEJANDRA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	TECNICAS DECORATIVAS AVANZADO	MAR 17:15-19:15	---	TOMAS MORO 1172	6
T.12	TECNICAS DECORATIVAS AVANZADO	MAR 12:30-14:30	---	TOMAS MORO 1172	6
T.13	TECNICAS DECORATIVAS AVANZADO	MAR 10:15-12:15	---	TOMAS MORO 1172	6
T.14	---	---	---	---	
T.15	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	MASCARAS DECORATIVAS HECHAS DE CARTON Y BASE DE MADERA CON CARTA PESTA, PASTA DE MURO Y ASERRIN. TARROS DE CONSERVA CON ETIQUETAS ESTILO VINTAGE
T.12	CASITAS DECORATIVAS HECHAS CON CAJAS DE REMEDIOS, PERFUMES ETC. SE HICIERON LOS TECHOS Y CARTA PESTA. SE CUBREN CON PASTA MURO Y SE PINTAN. LUEGO PUERTAS Y VENTANAS
T.13	TERMINARON ALGUNAS SUS CAMPANAS DE CONO HECHAS DE PLASTICO. DECORADAS CON HILO DE YUTE Y PELOTITAS DE COLORES
T.14	
T.15	

Firma prestador de los servicios	

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. INOSTROZA PEZZINI SILVIA ALEJANDRA, 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. INOSTROZA PEZZINI SILVIA ALEJANDRA.

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)

PLANILLA CON

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MULTIPLES TECNICAS BASICO	COLICHEO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	JUEVES 10.00 - 12.00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		FECHA	7-08-25	14-08-25	21-08-25															
1	CECILIA MARY		J	J	J															
2	ROSA VIDAURRE		P	P	P															
3	MONICA RAMIREZ		P	P	P															
4	M.EUGENIA ALFARO		P	P	P															
5	VIRGINIA VARGAS		P	P	P															
6	ESTEBAN ALFARO		P	P	P															
7	MARISOL AGUIRRE			P	J															
8	CLAUDIA MIRANDA				P															
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	6	6															

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17-04-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
27-11-25	TALL. RECREATIVOS y DE DES.

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)
1																					SI	SI
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MULTIPLES TECNICA BASICO	COLICHEO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVI A. INOSTROZA	JUEVES 12.15 - 14.15

	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
			7-08-25	14-08-25	21-08-25																	
1	VIVIANA ALBORNOZ		J	J	J																	
2	VIRGINIA VARGAS		P	P	P																	
3	CLAUDIA MIRANDA		P	J	P																	
4	MARISOL AGUIRRE		P	P	J																	
5	XIMENA DIAZ		P	P	P																	
6	JOSHUA MANZO		P	P	P																	
7	M. EUGENIA HERRERA				P																	
8	ESTEBAN ALFARO		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		6	5	6																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17-04-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
27-11-25	TALL. RECREAT. Y DE DES.

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)
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																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MULTIPLES TECNICAS BAJ.	TOMAS MORO 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MIERCOLES 10.00 - 12.00

	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
		FECHA	16-08-25	23-08-25	30-08-25																	
1	SANDRA VELASQUEZ		P	P	P																	
2	CRISTINA PAREDES		P	P	P																	
3	MIRZA GARAY		P	P	J																	
4	MARILYN FUENTES		P	P	P																	
5	VIRGINIA VARGAS		P	P	P																	
6	FRANSISCA NEGRETE		P	P	P																	
7	JOSHUA MANZO		P	P	P																	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		7	7	6																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19-03-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
26-11-25	TALL. RECREAT. Y DE DESARR.

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)
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																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MULTIPLES TECNICAS BAS	TOMAS MORO 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MIERCOLES 12¹⁵ - 14¹⁵

	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
		FECHA	6-08-25	13-08-25	20-08-25																	
1	SANDRA VELASQUEZ		P	P	P																	
2	CRISTINA PAREDES		P	P	P																	
3	MIRZA GADAY		P	P	J																	
4	MARILYN FUENTES		P	P	P																	
5	ALEJANDRA GSCHWIND		J	P	P																	
6	RAQUEL VILLARROEL		P	P	P																	
7	JOSHAA MANZO				P																	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	6	6																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19-03-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
26-11-25	TALL RECRAT. Y DE DESARR.

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)
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																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MULTIPLES TECNICAS BAS.	TOMAS MORO 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MARTES 15.00 - 17.00

	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
		FECHA	5-08-25	12-08-25	19-08-25																	
1	VIVIAN THEDY		P	P	P																	
2	ALBA RODRIGUEZ		P	P	P																	
3	BARBARA LADRA		J	P	P																	
4	RAQUEL VILLAROEL		P	P	P																	
5	M. EUGENIA MOORE		P	P	P																	
6	VIRGINIA VARGAS		P	P	J																	
7	CLAUDIA MIRANDA		P	P	P																	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	7	6																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-03-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
25-11-25	TALL. RECRAT. Y DE DESARR.

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)
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																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
MULTIPLES TECNICAS INTER.	COLICHEO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MIERCOLES 15.00 - 17.00

	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
		6-08-25	13-08-25	20-08-25																	
1	DANIELA URTUBIA	J	P	P																	
2	M. EUGENIA MACKAY	P	P	P																	
3	MARCELA PAREDES	P	P	P																	
4	CLAUDIA MIRANDA	P	P	P																	
5	LUCIA MONTERO	P	P	P																	
6	MARITZA ARANCIBIA	P	P	P																	
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION	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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
2-4-25	GESTION DE TALLERES

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

F. TERMINO	PROGRAMA
26-11-25	TALL. RECREAT. Y DE DESARR.

	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)
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																						

Alejandra

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
MULTIPLES TEC. INTER.	COLICHEO 1985

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MIERCOLES 17.15 - 19.15

	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
			6-08-25	13-08-25	20-08-25																	
1	VIRGINIA VARGAS		P	P	P																	
2	M. EUGENIA MACKAY		P	P	P																	
3	IVANA VASQUEZ		J	P	J																	
4	MARCELA PAREDES		P	P	P																	
5	LUCIA MONTERO		P	P	P																	
6	MARITZA ARANCIBIA		P	P	P																	
7	DANIELA URTUBIA			P	P																	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	7	6																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
2-04-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
26-11-25	TALL. RECREAT. Y DE DESARR.

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)
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																						

Alejandra P
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
RECICLAJE BASICO	HERNANDO DE MAG. 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	VIERNES 9 - 11

	NOMBRE COMPLETO 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
		FECHA	1-08-25	8-08-25	15-08-25	22-08-25																
1	AMELIA VIDAL		P	P	O	P																
2	CECILIA MORENO		P	P	A	P																
3	DAISY BOLBORNE		J	J	C	J																
4	MARCELA SALASAR		P	P	N	P																
5	SARA FERRON		P	P	E	P																
6	CLAUDIA CABEZAS		J	J	L	J																
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		4	4	4																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
21-02-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
28-11-25	TALLERES RECREAT. Y DES

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)
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																						

Alejandro
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
RECICLAJE BASICO	HERNANDO DE MAGALLANES 48

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	VIERNES 11.15 - 13.15

	NOMBRE COMPLETO 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
			25-08-23	25-08-23	25-08-23	25-08-23																
1	AMELIA VIDAL		P	P	O	P																
2	SARA FERRON		P	P	A	P																
3	CECILIA MORENO		P	P	O	P																
4	DAISY GOLBORNE		J	J	-	J																
5	CLAUDIA CABEZAS		J	J	E	J																
6	MARCELA SALAZAR		P	P	E	P																
7					E																	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		4	4		4																

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
21-03-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
28-11-25	TALLERES RECREATIVOS Y D.

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)
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																						

Alejandra

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
RECICLAJE CREATIVO DAS.	VILANOVA 505

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA AINOSTROZA	LUNES 12:20 – 14:20

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
			4-08-25	11-08-25	18-08-25															
1	SILVIA URDAN		J	J	J															
2	CLAUDIA MIRANDA		P	P	P															
3	VICTORIA CASAS		P	P	P															
4	ROSA GALVEZ		P	J	J															
5	M. EUGENIA HERRERA		P	P	P															
6	ALEJANDRA G SCHWIND		P	J	P															
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	3	4															

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 PARTICIPI EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
7-04-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
24-11-25	TALL. RECRAT. Y DE DESARR

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)
1																					SI	SI
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Alejandra

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
TECNICAS DECO. AVANZ	TOMAS MORO 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MARTES 17.15 - 19.15

	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
		FECHA	5-08-25	12-08-25	19-08-25																	
1	YANEY CAMPOS		P	P	P																	
2	VIVIANA CUEVAS		P	P	P																	
3	RAQUEL VILLARROEL		P	P	P																	
4	M.EUGENIA MOORE		P	P	P																	
5	ELIZABETH QUERO		P	P	J																	
6	SUANA VASQUEZ		J	P	P																	
7	VERONICA VASQUEZ		P	P	P																	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	7	6																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-03-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
25-11-25	TALL. RECREAT. Y DE DESARR.

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)
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																						

Alejandro P

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
TECNICAS DECO - AVANZ	TOMAS MORO 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MARTES 12.30 - 14.30

	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
		FECHA	25-08-15	02-09-15	09-09-15																	
1	M. ANGELICA ALEGRIA		P	P	P																	
2	VIRGINIA VARGAS		P	P	P																	
3	MONICA VASQUEZ			P	J																	
4	BARBARA LABRA		J	P	P																	
5	RINA TOLEDO		P	J	P																	
6	MARYSOL MOREL		P	P	P																	
7	PAULA VALENZUELA		P	P	P																	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	6	6																	

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
TECN. DECORATIVA JUAN.	TOMAS MORO 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SILVIA A. INOSTROZA	MARTES 10:15 - 12.15

	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
		FECHA	5-08-25	12-08-25	19-08-25																	
1	JACQUELINE COUDERC		P	P	P																	
2	CLAUDIA MIRANDA		J	P	P																	
3	BARBARA LABRA		P	J	P																	
4	SILVIA BASTIAS		P	P	P																	
5	ELSA MEZA		J	P	P																	
6	PAULA VALENZUELA		P	P	P																	
7	MONICA VASQUEZ			P	J																	
8	JOSHUA MANZO			P	P																	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		4	7	7																	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-03-25	GESTION DE TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
25-11-25	TALL. RECREAT Y DESARR.

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
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																				

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

Alejandra

FIRMA PROFESOR

MIERC. 15-17

VIERNES 11¹⁵-13¹⁵

VIERNES 9-11

MIERC. 17¹⁵-19¹⁵

MIERC. 10 - 12

JUEVES 11'15 - 13'15

MARTES 15 - 17

MARTES 12^30 - 14^30

LUNES 12:20 - 14:20

MARTES 10:15 - 12:15

JUEVES 9-11

JUEVES 9-11

MIERC
10-12

MIERC. 12'15 - 14'15

MARTES 17'15 - 19'15