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	JORDAN DE LA BARRA CAROLINA		
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 BASICO	VIE 11:10-13:10	---	LEONARDO DA VINCI 7533	7
T.7	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 11:30-13:30	---	TOLTEN 8115	5
T.8	MULTIPLES TECNICAS BASICO	VIE 09:00-11:00	---	LEONARDO DA VINCI 7533	6
T.9	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MAR 09:15-11:15	---	TOLTEN 8115	4
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Las alumnas trabajan con platos de vidrio aprendiendo a intervenirlos con servilletas (la técnica del decoupage) y luego darle un acabado final con resina de 1 paso.
T.7	Se trabaja con figuras de ziña el efecto de chorreado con pátinas antique que dan un acabado empolvado a la pieza, luego le colocamos folias doradas y plateadas.
T.8	Trabajamos platos de vidrio usando servilletas y aprendiendo a colocarle pan de oro para darle brillo dorado a las grietas.
T.9	Las alumnas eligen figuras de ziña y realizamos la técnica de pincel seco con base oscura, pintandolo con colores en degrade.
T.10	

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	JORDAN DE LA BARRA CAROLINA		
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 13:15-15:15	---	LEONARDO DA VINCI 7533	4
T.2	MULTIPLES TECNICAS BASICO	JUE 15:25-17:25	---	LEONARDO DA VINCI 7533	6
T.3	MULTIPLES TECNICAS BASICO	JUE 09:00-11:00	---	LEONARDO DA VINCI 7533	5
T.4	MULTIPLES TECNICAS BASICO	JUE 11:10-13:10	---	LEONARDO DA VINCI 7533	5
T.5	MULTIPLES TECNICAS BASICO	VIE 13:20-15:20	---	LEONARDO DA VINCI 7533	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las alumnas trabajan con objetos de madera realizando intervenciones con decoupage, lo intervienen con craquelado y stencils.
T.2	Trabajamos en diferentes figuras de ziña o yeso craquelado de 2 pasos en las cuales les colocamos patinas a la cera de color cobre o dorado metalizado.
T.3	Aprenden a usar el craquelador de 1 paso en platos de vidrio, botellas de vidrio o frascos. lo usamos con decoupage y con pintura.
T.4	Las alumnas trabajan con tablas de madera de picoteo, las pintamos estilo vintage con la técnica de decapado y les colocamos stencils y papel de arroz.
T.5	Pintamos corazones de ziña con pincel seco con variedad de colores acrílicos y usamos craquelador de 1 paso. Barnizamos con resina de 1 paso para darle un brillo y protección final.

Firma prestador de los servicios	Carolina Jordán

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Firma prestador de los servicios	Carolina Jordán

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. JORDAN DE LA BARRA CAROLINA, 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. JORDAN DE LA BARRA CAROLINA.

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 CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiple Technica	Leonardo da Vinci 7583

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Claudio Jordan	Viernes 13:15 - 15:15

F. INICIO	DEPARTAMENTO
21/03	

F. TERMINO	PROGRAMA

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

	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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
			21/03	28/03	4/04	11/04	25/04	16/05	23/05	30/05	6/06	13/06	27/06	10/07	17/07	24/07	25/10	8/08	22/08					
1	Ivonne Meza		P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				SI	NO
2	Claudia Saldias		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				NO	NO
3	Sra = Elena Bozan		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				SI	NO
4	Elizabeth Crossley		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				SI	NO
5	Arletty Santuesa		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				SI	NO
6	Sonia Alvarado		—	—	—	—	—	—	—	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				NO	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		5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4					

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.

	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																				

Claudio Jordan
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiple Tecnica	Leonardo Da Vinci 7533

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Claudio Jordan	Jueves 15:25 - 17:25

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : _____ (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
20/03		
F. TERMINO	**PROGRAMA**	

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SEMANA / SESION N	1 20/03	2 27/03	3 3/04	4 10/04	5 17/04	6 24/04	7 8/05	8 15/05	9 22/05	10 29/05	11 5/06	12 12/06	13 19/06	14 26/06	15 3/07	16 10/07	17 17/07	18 24/07	19 31/07	20 7/08	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	Paula Amunada		J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																							SI	
2	Alejandra Carrillo		P	P	P	J	P	J	R	E	T	I	R	A	D	A	—	—	—	—	—	—																							NO	
3	Rosario Bartnel		J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																							NO	
4	Tania Ramallor		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J																							NO	
5	Juana Molina		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																							SI	
6	Doris Jelvez		—	—	P	J	J	R	E	T	I	R	A	D	A	—	—	—	—	—	—	—																							—	
7	Claudia Saldian		—	—	—	—	—	—	—	—	—	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P																							NO	
8	Loreto Quiros		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	P	P	J	P	J	P	P	P																							NO	
9	Nancy Diaz		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	P	P	P	P	P																							SI	
10																																														
11																																														
12																																														
13																																														
14																																														
15																																														
16																																														
17																																														
18																																														
19																																														
20																																														
21																																														
22																																														
23																																														
24																																														
25																																														
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		3	5	6	4	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	4	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 AERÓBOX.
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

Claudio Jordán
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiple Tecnica	Leonardo Da Vinci 7533

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Caro Jordan	Jueves 09:00 - 11:00

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/03	
F. TERMINO	**PROGRAMA**

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del minimo 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
SESIONES / FECHA		20/03	27/03	3/04	10/04	17/04	24/04	8/05	15/05	22/05	29/05	5/06	12/06	19/06	26/06	3/07	10/07	17/07	24/07	31/07	7/08
1	Ana Teresa Javin	P	—	S	E		R	E	T	I	R	O									
2	Caro Gonzalez	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
3	Constanza Donoan	J	J	J	P	P	J	J	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
4	Anto Ducasse	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J
5	Patricia Vergara	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Teresa Vargas	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
7	Sonia Alvarado	—	—	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	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 SESION		2	0	4	2	6	4	5	6	6	5	4	5	4	6	6	6	6	6	6	4

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

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.

Carola Jordán
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiples Tecnicas	Leonardo Da Vinci 7533

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Ulio Jordán	Jueves 11:00 - 13:00

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/03	

F. TERMINO	PROGRAMA

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

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1 20/03	2 27/03	3 3/04	4 10/04	5 17/04	6 24/04	7 8/05	8 15/05	9 22/05	10 29/05	11 5/06	12 12/06	13 19/06	14 26/06	15 3/07	16 10/07	17 17/07	18 24/07	19 31/07	20 7/08
1	GIGLIOLA SOLARI		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	CAROLINA GONZALEZ		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P
3	CONSTANZA ROMAN		J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	ANTO DUCAZZE		J	J	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
5	PATRICIA VERGES		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	MARCELA CANTO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	TERESA VARGAS		J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
N° DE ASISTENTES POR SESION			2	3	5	5	5	4	4	4	4	4	6	4	4	6	4	4	4	4	6	5

N	21 21/08	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	P																				NO	NO
2	P																				NO	NO
3	P																				NO	NO
4	J																				SI	NO
5	P																				NO	NO
6	P																				NO	NO
7	J																				SI	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5																					

FIRMA PROFESOR

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "J" (BLACK) 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.

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiple Tecnicas	Leonardo Da Vinci 7533

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Ulio Jordan	Jueves 13:15 – 15:15

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/03	

F. TERMINO	PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del minimo 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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
SESIONES / FECHA		20/03	27/03	3/04	10/04	17/04	24/04	8/05	15/05	22/05	29/05	5/06	12/06	19/06	26/06	3/07	10/07	17/07	24/07	31/07	7/08		
1	Jessica Tapia	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J		J	NO	NO
2	Paula Aravena		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	SI	NO
3	Tania Randhor	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	NO	NO
4	Juana Molina	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	SI	NO
5	Loreto Quiros							P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	SI	NO
6	Nancy Diaz															J	J	J	J	J	J	SI	NO
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
Nº DE ASISTENTES POR SESION		2	2	4	4	2	4	5	5	5	5	5	5	4	2	4	3	4	3	4	3		

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.

Paula Aravena
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multipla Tecnica	Leonardo da Vinci 7355.

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Carola Jordan	Viernes de 11:00 - 13:00

F. INICIO	DEPARTAMENTO
21/03	

F. TERMINO	PROGRAMA

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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	SESIONES / FECHA	21/03	28/03	4/04	11/04	25/04	16/05	23/05	30/05	6/06	13/06	20/06	4/07	11/07	18/07	25/07	8/08	22/08					
1	Andrea Valladares	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				NO	NO
2	Paula Daza	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				NO	NO
3	Ivonne Meza	P	J	J	J	J	J	L	E	T	I	R	A	A	A	—	—	—				SI	NO
4	Ma. Elena Rozas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				SI	NO
5	Claudia Saldia	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				NO	NO
6	Elizabeth Crosley	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				SI	NO
7	Carleth Sanhueza	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				SI	NO
8	Teresa Latrop	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	P	J	P	P	P	P	P				NO	NO
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
Nº DE ASISTENTES POR SESION		7	3	6	6	5	5	5	6	6	6	7	6	7	7	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.

Carola Jordán
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Multiple Tecnica	Parque los Dominicos

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Carolina Jadán	Martes 11:15 - 13:15

F. INICIO	DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO	PROGRAMA

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	18/03	25/03	1/04	8/04	15/04	22/04	29/04	6/05	13/05	20/05	27/05	3/06	10/06	17/06	1/07	8/07	15/07	22/07	5/08	12/08
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)																				
1 Alejandra carrillo	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Marcela Canto	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	J	J
3 Claudia Hidalgo	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Sonia Alvarado	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Patricia Vegas	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6 Pamela Gonzalez	P	J	J	J	J	J	J	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7 Josi Jguano J.	R	E	T	I	R	A	D	O	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8 Paulina Lazo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9 Carolina Gonzalez.											P	P	P	J	P	P	J	P	P	
10																P	J	J	J	
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	4	3	4	4	4	5	3	3	4	4	4	5	5	4	5	6	4	4	4

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

¿ES ADULTO MAYOR? (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.

FIRMA PROF

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Multipla Tecnica	Parque los Dominicos

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Caroline Jordán	Martes. 11:15 - 13:15

F. INICIO	DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO	PROGRAMA

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	18/03	25/03	1/04	8/04	15/04	22/04	29/04	6/05	13/05	20/05	27/05	3/06	10/06	17/06	1/07	8/07	15/07	22/07	5/08	12/08
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)																				
1 Alejandra Carrillo	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Marcela Canto	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	J	J
3 Claudia Hidalgo	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Sonia Alvarado	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Patricia Vegas	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6 Pamela Gonzalez	P	J	J	J	J	J	J	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7 Josi Ignacio J.	R	E	T	I	R	A	D	O	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8 Paulina Lazo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	P	P	P	J	P	P	J	P	P
9 Caroline Gonzalez.																	P	J	J	J
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	4	3	4	4	4	5	3	3	4	4	4	5	5	4	5	6	4	4	4

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

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

FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiple Tecnica	Leonardo da Vinci 7533

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Ana Jordan	Viernes 09:00 – 11:00

F. INICIO	DEPARTAMENTO
21/03	

F. TERMINO	PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del minimo 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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	SESIONES / FECHA	21/03	28/03	4/04	11/04	25/04	9/05	23/05	30/05	6/06	13/06	27/06	4/07	11/07	18/07	25/07	8/08	22/08					
1	Audria Valladares	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				NO	NO
2	Paula Laura	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				NO	NO
3	M: Elena Rozas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J				SI	NO
4	Lizzie C.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				SI	NO
5	Claudia Saldias	P	J	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P				NO	NO
6	Cuqui Lazo	P	P	P	P	P	P	J	P	R	E	T	I	R	A	D	A					—	—
7	Teresa Lathop	—	—	—	—	—	—	—	—	—	P	J	J	P	P	P	D	P				NO	NO
8	IVONNE Mezza	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	E	T	I	R	A	D	O				—	—
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
N° DE ASISTENTES POR SESION		5	4	6	6	5	5	5	6	5	5	5	5	6	5	6	6	5					

N°	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																				

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.

Ana Jordan
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Multipla Tecnica	Parque los Domínicos

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Cesar Jorquera	Martes 09.15 - 11.15

SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA	3/06	10/06	17/06	4/07	8/07	15/07	22/07	5/08	12/08	19/08										
1 Arquelina Carrillo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P										
2 Sonia Alvarado		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P										
3 Claudia Hidalgo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P										
4 Marieta Cruz		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P										
5 Carolina Gonzalez		P	P	P	P	P	P	J	J	J	P										
6 José Ignacio J		J	J	J	J	J	J	J	J	R	R	E	T	I	R	A	D	O			
7 Patricia Vergara		J	J	J	J	J	J	J	J	E	J										
8 Paulina Lazo										R	P										
9										I											
10										R											
11										A											
12										D											
13										O											
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
N° DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	5	5	5	5	5	4	2	5	6										

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

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

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner