

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MANRIQUEZ CERON CATALINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	AMIGURUMI BASICO	VIE 17:30-19:00	---		6
T.2	AMIGURUMI BASICO	JUE 18:00-20:00	---		6
T.3	AMIGURUMI BASICO	LUN 17:30-19:00	---		5
T.4	AMIGURUMI BASICO	MIE 09:00-11:00	---		6
T.5	AMIGURUMI BASICO	LUN 10:00-12:00	---		6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se desarrollan en el taller los personajes favoritos de cada alumno mediante la técnica amigurumi (muñecos de aseo tejidos a crochet). Edad 13 a 17 años. Materiales usados; crochet, relleno sintético, ojos de seguridad entre otros.
T.2	Se desarrollan en el taller diversos amigurumis de nivel básico-intermedio con el fin de regalar estos a sus seres queridos. Edad adulto-adulto mayor. Materiales usados; crochet, relleno sintético, ojos de seguridad entre otros.
T.3	Taller enfocado en un primer acercamiento a lo que son los amigurumis; aprendizaje de puntos básicos para el desarrollo de cada muñeco. Edad 9 a 12 años. Materiales usados; crochet, relleno sintético, ojos de seguridad entre otros.
T.4	Se desarrollan en el taller diversos amigurumis de nivel intermedio-avanzado. Se califica como avanzado ya que un gran porcentaje del taller son alumnas del año 2024.Taller enfocado en los detalles de cada muñeco.
T.5	Se desarrollan en el taller diversos amigurumis de nivel intermedio-avanzado. Se califica como avanzado ya que un gran porcentaje del taller son alumnas del año 2024.Taller enfocado en los detalles de cada muñeco.

Firma prestador de los servicios	<i>Catalina</i>
----------------------------------	-----------------

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	MANRIQUEZ CERON CATALINA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	AMIGURUMI BASICO	SAB 10:00-12:00	—	[REDACTED]	6
T.7	BORDADO BASICO	JUE 11:15-13:15	—	[REDACTED]	6
T.8	BORDADO EN CINTA BASICO	MIE 11:15-13:15	—	[REDACTED]	7
T.9	BORDADO EN PEDRERIA AVANZADO	MAR 09:00-11:00	—	[REDACTED]	6
T.10	BORDADO EN PEDRERIA BASICO	VIE 11:10-13:10	—	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Taller de amigurumis básico en donde se aprenden los puntos básicos para desarrollar cualquier muñeco de apegó. Disminuciones, aumentos, puntos bajos etc. Materiales usados; crochet, relleno sintético, ojos de seguridad entre otros.
T.7	Se desarrollan en el taller diversos proyectos de bordado como, por ejemplo; parches, prendedores, intervenciones textiles, toalla, caminos de mesa entre otros. Realizados principalmente con hilos de bordar. Adulto Mayor.
T.8	Se desarrollan en el taller diversos proyectos de bordado como, por ejemplo; parches, prendedores, intervenciones textiles, toalla, caminos de mesa entre otros. Realizados principalmente con hilos de bordar. Adulto Mayor.
T.9	Desarrollo de piezas de pedrería fundamentalmente intervenciones textiles, mediante el uso de mostacillas calibradas, lentejuelas, canutillos etc. Nivel avanzado de alumnas quienes llevan 6 años bordando.
T.10	Un primer acercamiento al mundo de la pedrería, mediante el uso de mostacillas calibradas, lentejuelas, canutillos etc. Se aprenden las puntadas básicas como el escamado y el miyuki.

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

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	MANRIQUEZ CERON CATALINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1 1	BORDADO EN PEDRERÍA BÁSICO	MAR 11:15-13:15	—		6
T.1 2	MACRAME BÁSICO	MAR 18:00-20:00	—		7
T.1 3	MACRAME BÁSICO	VIE 09:00-11:00	—		7
T.1 4	MACRAME BÁSICO	JUE 09:00-11:00	—		5
T.1 5	MANDALAS BÁSICO	MIE 18:00-20:00	—		5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Un primer acercamiento al mundo de la pedrería, mediante el uso de mostacillas calibradas, lentejuelas, canutillos etc. Se aprenden las puntadas básicas como el escamado y el miyuki.
T.12	Desarrollo de piezas de macramé para la decoración del hogar como murales, caminos de mesa, espejos entre otros, mediante diferentes nudos (cuadrado, festón y espiral). Grupo avanzado ya que es un taller del 2024.
T.13	Desarrollo de piezas de macramé para la decoración del hogar como murales, caminos de mesa, espejos entre otros, mediante diferentes nudos (cuadrado, festón y espiral). Al igual que la técnica el material se llama macramé
T.14	Desarrollo de piezas de macramé para la decoración del hogar como murales, caminos de mesa, espejos entre otros, mediante diferentes nudos (cuadrado, festón y espiral). Al igual que la técnica el material se llama macramé
T.15	Desarrollo de piezas de macramé redondas para la decoración del hogar como espejos y murales con forma de mandala mediante diferentes nudos (cuadrado, festón y espiral). Al igual que la técnica el material se llama macramé

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

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	MANRIQUEZ CERON CATALINA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1 6	BORDADO Y TEJIDO A PALILLO Y CROCHET	JUE 15:00-17:00	—	██████████	5
T.1 7	—	—	—	—	
T.1 8	—	—	—	—	
T.1 9	—	—	—	—	
T.2 0	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.16	Se emplea la técnica de bordado Miyuki la cual consiste en el desarrollo de un tejido mediante mostacillas con el fin de realizar joyas como aros, pulseras, anillos entre otros. Las mostacillas son delicadas 11/0 (calibradas)
T.17	
T.18	
T.19	
T.20	

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

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. MANRIQUEZ CERON CATALINA, 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. MANRIQUEZ CERON CATALINA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL																					
NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCION																			
Amigami Básico		Doctores G.11																			
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER																			
Catalina Navarro		SABES 18:00 a 20:00																			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Leve Imprimite)	PRESENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Luz Polanco	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Mariela Mena	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Nasserel Baccueta	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Santiago Sappa	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Maria Alvarado	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Susana Torres	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Aurora Padilla	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Maria Maza	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Maria Alejandra Maza	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 SESION: 11

MARKER CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARKER CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROSOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA																					
F. INICIO		DEPARTAMENTO																			
F. TERMINO		PROGRAMA																			
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
		21/8/25	22/8/25	23/8/25	24/8/25	25/8/25	26/8/25	27/8/25	28/8/25	29/8/25	30/8/25	31/8/25	32/8/25	33/8/25	34/8/25	35/8/25	36/8/25	37/8/25	38/8/25	39/8/25	40/8/25
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
9	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																					

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)

PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)

11 11

MARKER CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARKER CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROSOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

PRIMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Amigues Unidos

LUGAR DE EJECUCION: Salto de Victoria La Castilla

NOMBRE DEL PROFESOR: Isolina Morales

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Viernes 12.30 - 14.00

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
1. Naira Rios	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Feranada Rios	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Isaura Silva	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Lora Alvarez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Sofia Ojeda	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Gaby Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Estela Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Sofia Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. Estela Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. Naira Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. Estela Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12. Estela Morales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13.																				
14.																				
15.																				
16.																				
17.																				
18.																				
19.																				
20.																				
21.																				
22.																				
23.																				
24.																				
25.																				

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 12

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 9/8/25

F. TERMINO: 16/8/25

DEPARTAMENTO:

PROGRAMA:

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

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
22	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
24	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)

PRESENT CERTIFIC MEDICO (SI / NO)

Isolina
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL																								
NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCION																						
Amigueros		Daguis 911 St. Pedro Oriente																						
NOMBRE DEL PROFESOR		DIA Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER																						
Catalina Hernandez		9a Man. matutinas																						
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	PRG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1. Rosa Campos	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2. Rosa Trides	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
3. Ana Rino	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
4. Maguito Ruiz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
5. Norelia Lavandero	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
6. Noisem Solis	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
7. Angelina Rino	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
8. Maria Angelica Alamo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
9.																								
10.																								
11.																								
12.																								
13.																								
14.																								
15.																								
16.																								
17.																								
18.																								
19.																								
20.																								
21.																								
22.																								
23.																								
24.																								
25.																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION: 16

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, KATAKON, ARTES MARCIALES Y AERODOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA																																							
F. INICIO		DEPARTAMENTO		INSCRIPCION MINIMA																																			
				(Cumplimiento del sistema de inscripcion)																																			
F. TERMINO		PROGRAMA																																					
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40																				
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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																																							

F. Alamo
 INSC. PROFESOR

Planilla Control de Asistencia

Taller: AMIGURUMI		Lugar: CENTRO COMUNITARIO PATRICIA	
Profesor: CATALINA MANRIQUEZ		Día - Horario: SABADO 10:00 A 12:00 HRS	

Nombre Alumnos (Favor de usar letra imprenta)	N°	SEMANA																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
1 PAOLA BIAS	✓																		
2 TANGA RECDRA	✓																		
3 BERNARDITA CARRASCO	✓																		
4 JAVIERA PRITZ	✓																		
5 NICOLE JORQUERA	✓																		
6 CLAUDIA LEDESMA	✓																		
7 MADELYN REGALADO	✓																		
8 AIDA SANCHEZ	✓																		
9 MARIA TRONCOSO	✓																		
10 XIMENA SOTO	✓																		
11 ELISA ORDEZ	✓																		
12 MARILYN JOLIVA	✓																		
13 CARLEN PALACIOS	✓																		
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			

4 4 5 5 4 4 5 6 6 - 5 5 5 6 5

N° Asistencias por sesión
% Asistencia por sesión
% Promedio asistencia acumulado

Marque con una "P" si alumno asistió a clases
Marque con un "I" si alumno no asistió a clases

Marque con una "J" si alumno justifica inasistencia

Iniciar: 01/04/2023	DEPARTAMENTO GESTION DE TALLERES	Prescripción Mínima:
Terminar: 30/11/23	PROGRAMA TALLERES CULTURALES	(Con menos del mínimo se debe evaluar la continuidad del taller)

	(Informe Final)	
	ES ADULTO MAYOR (SI / NO)	PRESENTA CERT. MEDICO (SI / NO)
1	NO	NO
2	NO	NO
3	NO	NO
4	NO	NO
5	NO	NO
6	NO	NO
7	NO	NO
8	NO	NO
9	NO	NO
10	NO	NO
11	NO	NO
12	NO	NO
13	NO	NO
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

Fecha: *Lealino*
PRIMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Batallas en sala	Proyecto 911 34 Colón Oriente
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Catalina Noriega	14:15 a 1:45 pm miércoles

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Rosa Campos	18/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Rosa Enciso	26/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Ana Pina	02/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Margarita Roca	09/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Valeria Vazquez	16/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Mariela Solis	23/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Luz Roldán	30/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Sara Pizarro	07/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Mariela Muñoz	14/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 María Alexandra	21/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 Mariela Muñoz	28/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12 Gloria Salas	04/06/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13 María Paredón	11/06/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	18/06/25																				
15	25/06/25																				
16	02/07/25																				
17	09/07/25																				
18	16/07/25																				
19	23/07/25																				
20	30/07/25																				
21	06/08/25																				
22	13/08/25																				
23	20/08/25																				
24	27/08/25																				
25	03/09/25																				

N° DE ASISTENTES POR SESION 19

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "I" 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, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TERMINO	PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA:
100% asistencia del estudiante al taller
en el primer semestre del año

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
																					(SI / NO)	(SI / NO)
1	18/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	26/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	02/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	09/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5	16/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	23/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	30/04/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8	07/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
9	14/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
10	21/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
11	28/05/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
12	04/06/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
13	11/06/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
14	18/06/25																					
15	25/06/25																					
16	02/07/25																					
17	09/07/25																					
18	16/07/25																					
19	23/07/25																					
20	30/07/25																					
21	06/08/25																					
22	13/08/25																					
23	20/08/25																					
24	27/08/25																					
25	03/09/25																					

19 19

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Artesanía	Salón de Vitrina Los Amigos
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Carolina Mosquera	Mañana 9 a 11:00 am

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Margarita Trujillo	10/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Astrid Díaz	25/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Paula Nolasco	10/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Paula Araya	25/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Sonia Estay	10/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Carolina Cortada	25/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Mariana Soto	10/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Narda Acosta	25/03/25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

7 6 5 4 3 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA :
		(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	P	P																		
2	P	P																		
3	P	P																		
4	P	P																		
5	P	P																		
6	P	P																		
7	P	P																		
8	P	P																		
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <u>Bautismo Preserio</u>		LUGAR DE EJECUCION <u>EN LA CASITA</u>	
NOMBRE DEL PROFESOR <u>CRISTIAN MORALES</u>		DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <u>VIERNES 11:15 a 1:15pm</u>	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)	D	N	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Lisette Aravena	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Noelia Castro	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Cinthia Paredes	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Pamela Guagáez	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5. Rosario Zaldívar	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Pila Silva	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Pamela Pardo	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Lilian Cruz	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. Rosanna Contreras	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. Claudia Silva	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11. Francisco Aedo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12. Alicia Quispe	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

DE ASISTENTES POR SESION: 16
 MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "I" (BLANK) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA
 SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

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

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



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Barrio Nuevo

LUGAR DE EJECUCIÓN

Barrio de Verano Los Almendros

NOMBRE DEL PROFESOR

Roberto Martínez

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Mañana 8:15 a 1:15 pm

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SEXO	EDAD	DÍAS																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Magdalena Tizaco	F	38	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Araceli Díaz Encinella	F	35	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Paula Nolas	F	31	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Paola Araya	F	29	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Sonia Escob	F	27	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Nilsa Velepucha	F	25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Antonina Sandoz	F	23	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Verónica Acuña	F	21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. Paula Soto	F	19	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. Lina Bustell	F	17	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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

444455556666777788889999

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UNA "I" (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

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO

PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA:

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

Nº	NOMBRE	DÍAS																				ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MÉDICO	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	Roberto Martínez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

16

ES ADULTO MAYOR?

(SI / NO)

PRESENTA CERTIF. MÉDICO

(SI / NO)

Firma

FIRMA PROFESOR

CS CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Moción

LUGAR DE EJECUCION

SV ZA CASILLA

NOMBRE DEL PROFESOR

Catalina Hernandez

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

VIERNES 9:00 a 11:00 am

NOMBRE DEL BENEFICIARIO

(Letra imprenta)

	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	21/12/25																				
2	22/12/25																				
3	23/12/25																				
4	24/12/25																				
5	25/12/25																				
6	26/12/25																				
7	27/12/25																				
8	28/12/25																				
9	29/12/25																				
10	30/12/25																				
11	31/12/25																				
12	1/1/26																				
13	2/1/26																				
14	3/1/26																				
15	4/1/26																				
16	5/1/26																				
17	6/1/26																				
18	7/1/26																				
19	8/1/26																				
20	9/1/26																				
21	10/1/26																				
22	11/1/26																				
23	12/1/26																				
24	13/1/26																				
25	14/1/26																				

1 21/12/25 | |

2 22/12/25 | |

3 23/12/25 | |

4 24/12/25 | |

5 25/12/25 | |

6 26/12/25 | |

7 27/12/25 | |

8 28/12/25 | |

9 29/12/25 | |

10 30/12/25 | |

11 31/12/25 | |

12 1/1/26 | |

13 2/1/26 | |

14 3/1/26 | |

15 4/1/26 | |

16 5/1/26 | |

17 6/1/26 | |

18 7/1/26 | |

19 8/1/26 | |

20 9/1/26 | |

21 10/1/26 | |

22 11/1/26 | |

23 12/1/26 | |

24 13/1/26 | |

25 14/1/26 | |

1 21/12/25 | |

2 22/12/25 | |

3 23/12/25 | |

4 24/12/25 | |

5 25/12/25 | |

6 26/12/25 | |

7 27/12/25 | |

8 28/12/25 | |

9 29/12/25 | |

10 30/12/25 | |

11 31/12/25 | |

12 1/1/26 | |

13 2/1/26 | |

14 3/1/26 | |

15 4/1/26 | |

16 5/1/26 | |

17 6/1/26 | |

18 7/1/26 | |

19 8/1/26 | |

20 9/1/26 | |

21 10/1/26 | |

22 11/1/26 | |

23 12/1/26 | |

24 13/1/26 | |

25 14/1/26 | |

1 21/12/25 | |

2 22/12/25 | |

3 23/12/25 | |

4 24/12/25 | |

5 25/12/25 | |

6 26/12/25 | |

7 27/12/25 | |

8 28/12/25 | |

9 29/12/25 | |

10 30/12/25 | |

11 31/12/25 | |

12 1/1/26 | |

13 2/1/26 | |

14 3/1/26 | |

15 4/1/26 | |

16 5/1/26 | |

17 6/1/26 | |

18 7/1/26 | |

19 8/1/26 | |

20 9/1/26 | |

21 10/1/26 | |

22 11/1/26 | |

23 12/1/26 | |

24 13/1/26 | |

25 14/1/26 | |

1 21/12/25 | |

2 22/12/25 | |

3 23/12/25 | |

4 24/12/25 | |

5 25/12/25 | |

6 26/12/25 | |

7 27/12/25 | |

8 28/12/25 | |

9 29/12/25 | |

10 30/12/25 | |

11 31/12/25 | |

12 1/1/26 | | |

