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	OLGUIN SABAG ANA KARINA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ALAMBRISMO BASICO	VIE 18:00-20:00	---	[redacted]	8
T.2	ALAMBRISMO BASICO	MAR 17:00-19:00	---	[redacted]	7
T.3	ALAMBRISMO BASICO	JUE 19:30-21:30	---	[redacted]	6
T.4	ALAMBRISMO BASICO	MAR 19:15-21:15	---	[redacted]	7
T.5	ALAMBRISMO BASICO	LUN 18:00-20:00	---	[redacted]	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se realizó un aro en forma de flor, aplicación con cristales, más juego de pulsera con aros, ambos con técnica de entorche
T.2	Termino de aro flor y comienzo de aros tipo infinito
T.3	Termino anillo 3 técnicas. Se realizó técnicas en otros trabajos de tejido y engarces
T.4	Término de aros infinito, comienzo anillo 3 técnicas, comienzo pulsera trebol como práctica de argolla
T.5	Trabajos en anillos 3 técnicas, pulsera entorche terminada, comienzo de aros infinito y se trabaja con técnica en argolla

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	OLGUIN SABAG ANA KARINA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ALAMBRISMO INTERMEDIO	MIE 18:00-20:00	---	[redacted]	7
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Término de aros infinito, comienzo de anillo 3 técnicas
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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. OLGUIN SABAG ANA KARINA, 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. OLGUIN SABAG ANA KARINA.

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

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
	Viernes 18:00 a 20:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Dianae Carvajal			✓	✓	J		✓	✓	✓	✓	✓	J	J			J	J	X	X	✓	✓	
2	Mónica Díaz			✓	✓	J		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	X	✓	✓	✓	
3	Marcela Díaz			✓	✓	J		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	Patricia Magdalena			✓	J		J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5	~~[illegible]~~			~~✓~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	
6	Esterlina Gómez			✓		J	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	J	✓	✓	Feriado
7	Isabel Melo			✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	X	X	✓	✓	
8	~~[illegible]~~			~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	~~✓~~	
9	Marlene Venegas										✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

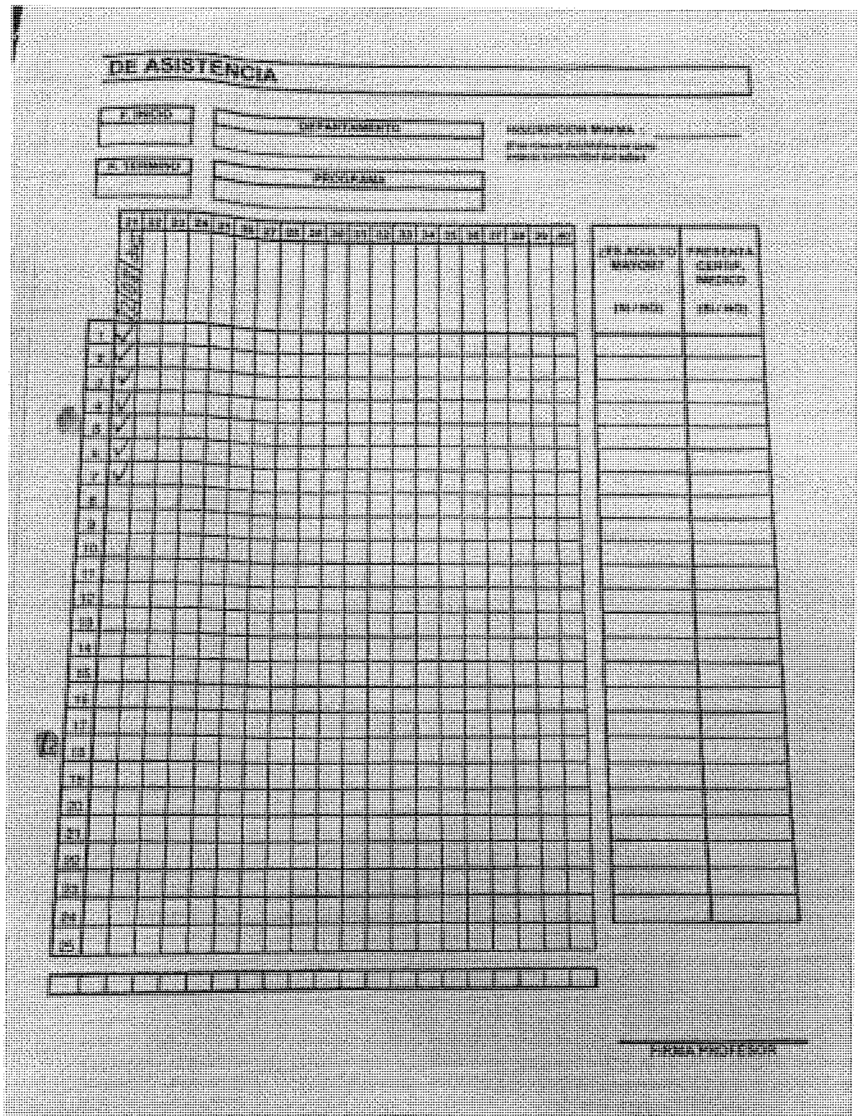
DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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



DE ASISTENCIA

F. INICIO

F. TERMINO

DEPARTAMENTO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA :

	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
Aeróbicsmo	Parque la Villa N° 1

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Ana Karina Olguín Salaz	17.00 a 19.00

N°	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	María de Lourdes Tobar P.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	X
2	María Angélica González V.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	María del Carmen Pizarro A.	✓	J	✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Irma Aranda Ceballos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	María Elena Cofré Román	J	J	✓	✓	✓	J		✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓
6	Colinda Rosa Guerrero	J	J	✓	J	✓	✓	J	J	✓	J	J	✓	J	J	J	J	J	✓	✓	✓
7	Karina Arriagada Rivas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	J	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓	J	✓	J	✓
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	N° DE ASISTENTES POR SESIÓN																				

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA
[illegible]

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	[illegible]	[illegible]	[illegible]																	
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. MÉDICO (SI / NO)

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Alambrismo	Bosque la villa Nº 1

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Sra. Karina Olguin S.	Jueves 19:30 a 21:30

Nº	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Carmela Vejar Henriquez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	/	X	✓	J	J	✓	X	✓	✓	✓	[illegible]
2	María Isabel Pino	✓	✓	✓	✓	✓	✓		J	✓	✓	✓	J	J	J		✓	/	✓	✓	✓
3	María Angélica Gonzalez V.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Nelida Pizarro Lagos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Karina Arancibia Rivas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	J	✓	J		✓	J	✓	✓		✓	✓	✓	✓
6	Priscila Arancibia Rivas	✓	✓	✓	J	J	✓	J	✓	✓	✓	X	J	J	J	J		J	✓	J	J
7	Erma Miranda Ceballos	✓	✓	✓	J	✓	✓		✓	✓	✓	J	J	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																				

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : ____________

(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
	[illegible]	[illegible]	[illegible]																	
1	✓	✓	✓																	
2	✓	✓	✓																	
3	✓	✓	✓																	
4	✓	✓	✓																	
5	✓	✓	[illegible]																	
6	✓	✓	✓																	
7	✓	[illegible]	[illegible]																	
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. MÉDICO (SI / NO)

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Alzheimer	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Ana Karina Ojeda Yañez	Martes 10:30 a 12:30

Nº	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	19	20
			FECHA	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16
1	Maria Isbar Pino			✓	✓	✓		✓	✓	✓	J	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Maria Angelica Gonzalez V.			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Maria Isabel Lagos			✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Irma Cataldo Miranda			✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Maria Cofre Moran			J	✓	✓	J	✓	J	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	Velinda Guerrero Cornejo			✓	✓	✓	J	J	J	J	✓	J	J	J	✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓
7	Karina Arriagada Rivas			✓	✓	✓	✓	✓	J	J	✓	✓	J	J	✓	✓	J	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																						

MARQUE CON UNA " ✓ " SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN " / " SIGNIFICA QUE 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :

F. TÉRMINO	PROGRAMA

	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. MÉDICO (SI / NO)

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Alambrismo	Sede C-23 Villa Amanda

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
A. Karina Ojeda [illegible]	Lunes 18:00 a 20:00 Miercoles 18:00 a 20:00

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		17/03/2025	[illegible]	[illegible]/03/2025	[illegible]	[illegible]	21/04/2025	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	16/06/2025	23/06/2025	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Ximena Pinilla	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	/	✓	✓	/	✓		✓	✓	✓	/	✓
2	Angélica Pardo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	/	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	/	✓
3	Ruth Hernandez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	/	/	J	✓	✓	✓		✓	✓	J	/	✓
4	Cecilia Cordova	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	/	✓	J	✓		J	✓	✓	✓	/	✓
5	Valeria Parra	✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	✓	✓	/	X	X	✓	J	✓	✓	✓	✓	/	X
6	[illegible] Lizana	✓	J	J	✓	✓	✓	✓	J	J	J	X	J	X	X		J	J	X	X	X
7	[illegible] Gamboa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	J	✓	J	J	✓	✓	✓	J	✓	✓	J	✓	✓
8	Gabriel [illegible]	J	J	J	J	J	J	J	X	J	J	J	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
N° DE ASISTENTES POR SESION																					

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS [illegible]
EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES [illegible]
ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION 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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	30/04/2025	06/05/2025	13/05/2025	20/05/2025																		
1	X	X	J	J																		
2	✓	✓	✓	J																		
3	✓	✓	✓	J																		
4	J	✓	✓	✓																		
5	✓	✓	✓	✓																		
6	✓	J	✓	✓																		
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: Adulto Mayor

LUGAR DE EJECUCION: [redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR: Ana Karina Ojeda Sobaj

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: 18:00 a 20:00 DIA Miercoles

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N° / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			6/03/25	13/03/25	20/03/25	27/03/25	3/04/25	10/04/25	17/04/25	24/04/25	8/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	5/06/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	3/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	31/07/25
1	Marina Moreno Perez		P	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	N	J		J	J	K		K
2	Karina Pinilla		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		P	P	P		P
3	Cecilia Cordoba		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	P	J		J	P	P		P
4	Rina Toledo		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P		J			J	J	P		P
5	Angelica Pardo		P	J	P	P	P	P	P	P	P		P		P	P		P	P	P		P
6	Nidia Eugenia Sepulveda		P	J	J	P	P	P	P	P	P		P	J	P	J		P	P	J		P
7	Valeska Pena		P	P	P	P	J	J	J	P	P		K	K	K	P		P	J	P		P
8	Ruth Hernandez		P	P	P	J	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																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION																					

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
F. TERMINO	**PROGRAMA**

INSCRIPCION MINIMA : _____

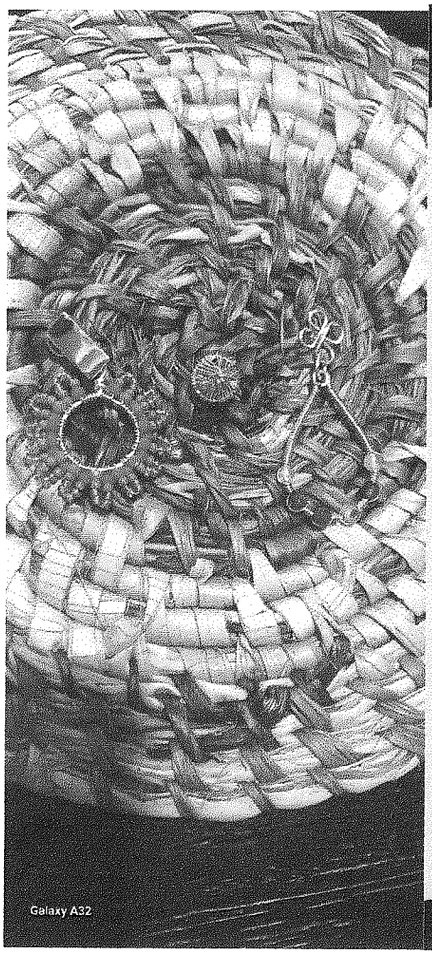
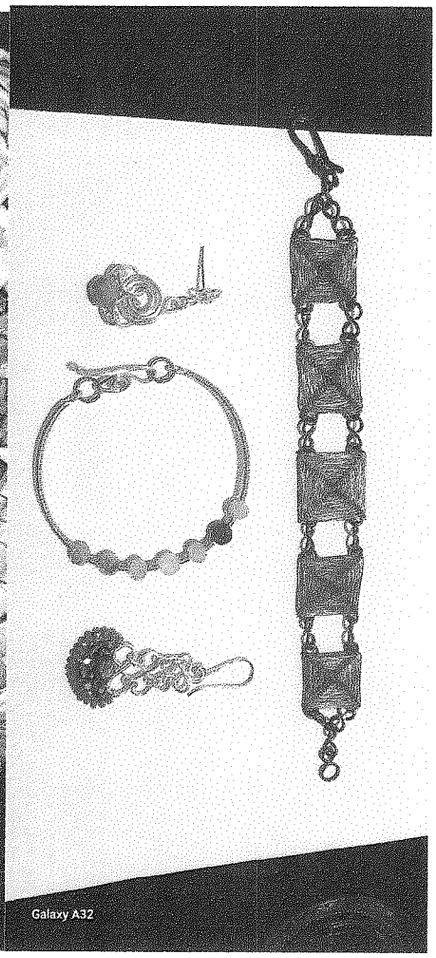
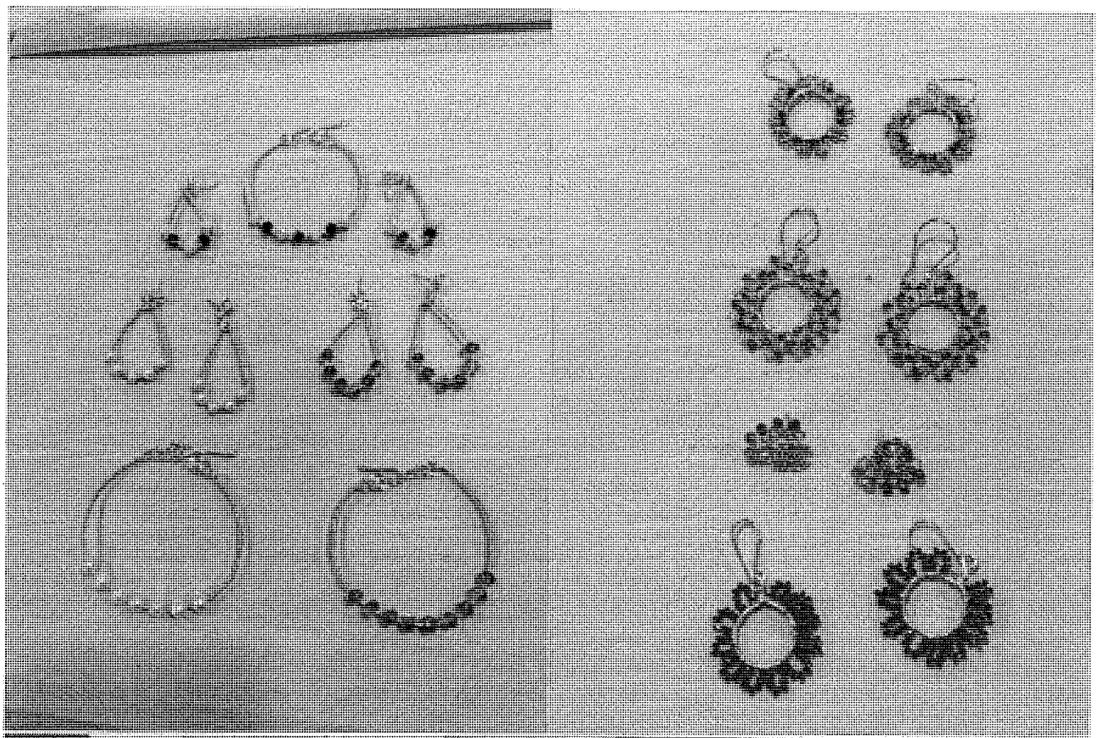
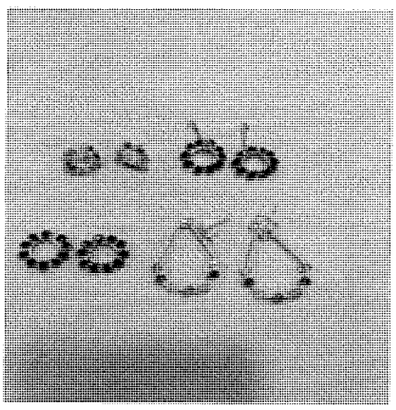
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	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	✓	X	✓																	
7	✓	✓	✓																	
8	✓	X	X																	
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)

FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.