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	PADILLA SANCHEZ ANGELA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BORDADO BASICO	LUN 10:00-12:00	—	[redacted]	8
T.2	CORTE Y CONFECCION BASICO	MAR 19:45-21:45	—	[redacted]	5
T.3	COSTURA CREATIVA BASICO	VIE 11:00-13:00	—	[redacted]	5
T.4	COSTURA CREATIVA BASICO	VIE 15:00-17:00	—	[redacted]	7
T.5	COSTURA CREATIVA INTERMEDIO	JUE 19:45-21:45	—	[redacted]	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Bordan técnica bargello y punto cruz, en cojines y piecera, enseño nuevos puntos
T.2	Hilvanan polerón, enseño a hacer bolsillo canguro, y a poner cierre,
T.3	Sacamos molde de canesto, guardo ropa interior y organizador para el baño
T.4	Enseño a diferente tipo de acolchado trabajan realizando un bolso, guardé tazón
T.5	trabajan en la unión de telas, para la piecera, cortamos forro con punzonado

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	PADILLA SANCHEZ ANGELA		
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	MIE 11:45-13:45	---	[redacted]	5
T.7	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MIE 13:50-15:50	---	[redacted]	6
T.8	MULTIPLES TECNICAS BASICO	LUN 15:00-17:00	---	[redacted]	7
T.9	MULTIPLES TECNICAS INTERMEDIO	MAR 17:30-19:30	---	[redacted]	4
T.10	MUÑECAS EN TELA BASICO	JUE 14:00-16:00	---	[redacted]	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Enseño a coser tejido con puntado invisible, bordanogal y enseño a hacer bolsillo sacado del mismo tejido
T.7	Enseño a dar acabado del proyecto con, barniz protector.
T.8	Avanzan en bordado, aplican puntos nuevos.
T.9	Cortamos y arman estuche porte botella
T.10	trabajan en detalles, de flores y bordado, en ropa de la muñeca.

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	PADILLA SANCHEZ ANGELA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	MUÑECAS EN TELA BASICO	JUE 16:15-18:15	---	[redacted]	4
T.12	MUÑECAS EN TELA BASICO	MIE 17:00-19:00	---	[redacted]	4
T.13	MUÑECAS EN TELA BASICO	VIE 17:30-19:30	---	[redacted]	5
T.14	MUÑECAS EN TELA BASICO	MAR 09:00-11:00	---	[redacted]	5
T.15	MUÑECAS EN TELA BASICO	MAR 11:15-13:15	---	[redacted]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Cortamos ropa, vestido, canesú calzon y zapatos.
T.12	trabajan en relleno de muñeco de pie, haran un busite,
T.13	Hacen falda con rebeco y plizado cortamos calcetines y zapatos.
T.14	Realizan molde de muñeco Marcio Sacan molde de sus ropas.
T.15	confeccionamos, vestido con faldón de 3 niveles, aplican bolillo

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	PADILLA SANCHEZ ANGELA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.16	MUÑECAS EN TELA INTERMEDIO	VIE 19:30-21:30	---	[redacted]	6
T.17	AGUJA MAGICA BASICO	JUE 11:00-13:00	---	[redacted]	7
T.18	--	---	---	--	
T.19	--	---	---	--	
T.20	--	---	---	--	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.16	Preparamos tela para hacer bombachito y blusa, muñeca Tamy
T.17	avanzan en sus trabajos, cojines aplicamos puntos diferentes
T.18	
T.19	
T.20	

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. PADILLA SANCHEZ ANGELA, 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. PADILLA SANCHEZ ANGELA.

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

Las Condes, **AGOSTO** 2025
mes de año

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CON

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Bordado	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla	Lunes 10:00 a 12:00

	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	2
			17-03	24-03	31-03	07-04	14-04	21-04	28-04	05-05	12-05	19-05	20-05	02-06	09-06	16-06	23-06	30-06	07-07	14-07	21-07	
1	Campos Sara		J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	N	P	P	P	P	P	
2	Cuadra Veronica		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	E	P	P	P	P	P	
3	Guerrero Carmen		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	P	P	P	P	P	
4	Hidalgo Claudia						P	P	P	P	P	P	P	P	P	N	P	P	P	P	P	
5	Leiva Rosa		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	-	P	P	P	P	P	
6	Pardo Rosario						P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	J	P	J	J	
7	Pino Ana						P	P	P	P	J	J	P	P	J	A	P	P	P	P	P	
8	Rivas Marcelina		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	
9	Rubilar Margarita		P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	O	P	P	P	P	P	
10																N						
11																						
12																S						
13																A						
14																N						
15																M						
16																U						
17																L						
18																A						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		5	6	5	6	8	7	8	8	7	7	9	9	8		9	8	9	8	8	

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
17-03	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11	Talleres recreat

INSCRIPCION MINIMA : 10

(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
	28-07	04-08	11-08	18-08																
1	P	P	P	P																
2	P	P	P	P																
3	P	P	P	P																
4	P	P	P	P																
	P	P	P	P																
6	P	P	P	J																
7	P	P	J	P																
8	P	P	P	P																
9	P	P	P	P																
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	9	9	8	8																

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
CORTE Y CONFECCIÓN	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla S	MARTES / 19:45 - 21:45

	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
			18-03	25-03	01-04	08-04	15-04	22-04	29-04	06-05	13-05	20-05	27-05	03-06	10-06	17-06	24-06	01-07	08-07	15-07	22-07	29-07
1	BAHAMONDEZ SONIA		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	E	O	J	J	J	J
2	GUERRA ANITA IRIS		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	N	P	P	P	P
3	LEIVA ROSA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	B	R	P	P	P	P
4	GUERRA MARGARITA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	E	P	P	P	P
5	GONZALEZ ANA MARÍA																L	-				
6	PEÑALOZA SILVIA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J		V	P	P	P	P
7	LOPEZ MARÍA JOSÉ																A	N				
8																	D	I				
9																	I					
10																		E				
11																	S	D				
12																	O					
13																	N	S				
14																	I	E				
15																	C	D				
16																	E	A				
17																	V	D				
18																		I				
19																	E	V				
20																	D	I				
21																		T				
22																	A	C				
23																	T	A				
24																	N					
25																	U					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-03	Talleres Recreativos

F. TERMINO	PROGRAMA
30-10	Talleres

INSCRIPCION MINIMA : 8

(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)
	05-03	12-03	19-03																			
1	J	J	J																		Si	NO
2	P	P	P																		Si	NO
3	P	P	P																		Si	NO
4	P	P	P																		Si	NO
			P																		Si	NO
6	P	P	P																		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	4	6																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
COSTURA CREATIVA	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ANGELA PADILLA S	VIERNES 11:15 - 13:15

	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
			14-03	21-03	28-03	04-04	11-04	18-04	25-04	02-05	09-05	16-05	23-05	30-05	06-06	13-06	20-06	27-06	04-07	11-07	18-07	25-07
1	LOPEZ ROSA		P	P	P	J	P	A	J	J	J	P	P	P	P	P	N	S	2	J	J	P
2	LOPEZ MARÍA JOSE		P	P	P	P	P	T	P	P	P	P	P	P	P	P	D	O	O	J	P	P
3	MUÑOZ FLORENCIA		P	P	P	P	P	N	P	P	P	P	P	P	P	P	I	I	I	P	P	P
4	PINO ANGELICA		P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	U	R	V	P	P	P
5	RAMIREZ ROSA					P	P	S	P	P	P	J	P	P	P	P	A	A	A	J	P	P
6	SILVA NURY						P		P	P	P	P	P	P	P	P	R	N	Q	P	P	P
7	MARCHANT SANDRA							A									T	I	T			
8								N									S	G	S			
9								A									I	O	I			
10								M									N		N			
11								E									I	S	I			
12								S									M	O	M			
13																	A	L	A			
14																	D	B	D			
15																		E				
16																	D	U	O			
17																	O	P	O			
18																	I		I			
19																	O		O			
20																	N		N			
21																	E		E			
22																	P		P			
23																	S		S			
24																	U		U			
25																	S		S			
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		4	4	4	6		5	5	5	5	6	6	6	6	6				3	5	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 AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
	TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11	TALLERES RECREATIVOS

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)
	01-08	08-08	15-08																			
1	P	P	P																		Si	NO
2	P	P	P																		Si	NO
3	P	P	P																		Si	NO
4	P	P	P																		Si	NO
5	P	P	P																		Si	NO
6	P	P	P																		Si	NO
7		P	P																		NO	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	7	7																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Costura Creativa	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla S	Viernes 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
			21-03	28-03	04-04	11-04	18-04	25-04	02-05	09-05	16-05	23-05	06-06	13-06	20-06	27-06	04-07	11-07	18-07	25-07	01-08	08-08
1	MEDINA MANUELA		J	J	P	P	A	P	J	P	P	P	P	P	N	S	N	P	P	P	P	P
2	PEÑALOZA SILVIA		J	J	P	P	T	P	P	P	P	P	P	P	O	O	O	P	P	P	P	P
3	MEZA ELSA		P	P	P	P	N	J	J	P	P	J	J	J	I	I	I	P	J	P	P	P
4	LEIVA ROSA		P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	C	R	C	P	P	P	P	P
5	VALENZUELA ROSALINDA		J	J	P	P	S	J	J	P	P	P	J	P	A	A	A	P	J	P	J	J
6	MELENDEZ XIMENA		J	J	P	P		J	J	P	P	P	J	P	R	N	R	P	J	P	P	P
7	LOPEZ MARIA JOSÉ		P	P	P	P	A	J	P	P	J	P	P	P	T	I	T	P	J	P	P	P
8	CANCINO CARLA		J	J	P	P	N	P	P	J	J	P	J	P	S	G	S	P	J	P	P	P
9							A								I	I	I					
10							M								N	R	N					
11							E								I	O	I					
12							S								M		M					
13															A	S	O					
14															A	O	A					
15																L						
16															O	B	O					
17															D	E	O					
18															I	J	I					
19															D	P	O					
20															N		N					
21															E		E					
22															P		P					
23															S		S					
24															U		U					
25															S		S					
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		3	3	8	8		4	4	7	6	7	4	7				8	3	8	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
21-03	TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11	TALLERES RECREATIVOS

INSCRIPCION MINIMA : 8

(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
	15-08																			
1	P																			
2	P																			
3	P																			
4	P																			
	J																			
6	P																			
7	P																			
8	P																			
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	7																			

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Costura Creativa	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla	Jueves 19:45 a 21:45

	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
			03-04	10-04	17-04	24-04	01-05	08-05	15-05	22-05	29-05	05-06	12-06	19-06	26-06	03-07	10-07	17-07	24-07	31-07	07-08	14-08
1	Faúndes Marcia		P	P		P		P	P	P		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2	López Mª José		P	P		P		P	P	P		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
3	Morales Jacqueline		P	P		J		P	P	J		P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P
4	Ortiz Angelica		P	P		P		P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Pacheco Elizabeth		P	P		P		P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Reyes Cristina		P	P		P		J	J	P		P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P
7	Silva María		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																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		7	7		6		6	6	6		7	7	5	6	9	7	5	7	7	7	7

SUSPENDIDO X LLUVIA

FERIA

SUSPENDIDO

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
3 - 3	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30-10	Taller recreativo

INSCRIPCION MINIMA : 7

(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)
	21-08																					
1																					NO	NO
2																					NO	NO
3																					NO	NO
4																					SI	NO
																					SI	NO
6																					SI	NO
7																					SI	NO
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 EJECUCION
Multiplestecnico	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angele Padilla	Miercoles 10:30 a 12:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	19-3-24	26-03	08-04	9-04	16-04	23-04	30-04	7-05	14-05	21-05	28-05	04-06	11-06	18-06	25-06	2-07	9-07	16-07	23-07	30-07
1	Bravo Ximena		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
2	Lopez Blanca		P	P	J	J	J	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P
3	Umpierrez Norma							P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J
4	Trujillo Luisa		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	J	J	P	J	J	J
5	Vidal Valeria						P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
6	Testa Sol						P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		3	3	2	2	4	5	4	4	4	3	4	5	P	3	4	4	3	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19-Marzo	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30-Nov	Talleres recreativos

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)
	06-08	13-08	20-08																			
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	J	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	P																		SI	NO
	P	J	J																		SI	NO
6	P	J	P																		SI	NO
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	3	5																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiples tecnicas	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla	Miércoles 13:40 a 15:40

	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
			19-03	26-03	02-04	09-04	16-04	23-04	30-04	07-05	14-05	21-05	28-05	04-06	11-06	18-06	25-06	02-07	09-07	16-07	23-07	30-07
1	Pinaud Paula		P	P	P	P	P	P	P	P	P		J	J	J	J	J	J	P	J	P	P
2	Bustos Mª Soledad		J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
3	Caceres Francisco		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P
4	Hacke Mª Elena		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	FERIADO	P	P
5	Benusic Cristian		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P		P	P
6	Lasserre Diego			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P
7												FERIADO										
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		4	6	6	6	6	6	6	6	6		5	5	5	5	4	4	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

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	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30-10	Talleres recreativos

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)
	07-08	14-08	20-08																			
1	P	J	P																		SI	NO
2	P	J	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	J	P																		SI	NO
	P	P	P																		SI	NO
6	P	P	P																		NO	NO
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	6	3	6																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiples técnicas	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Vedilla	Lunes 15:00 a 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
			17-03	24-03	31-03	07-04	14-04	21-04	28-04	01-05	12-05	19-05	02-06	09-06	16-06	23-06	30-06	07-07	14-07	21-07	28-07	
1	Carrillo Lytha		P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	P	J	Una	P	P	P	P	P	P	
2	Bahamondes Sonia		P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	P	
3	Guerrero Carmen		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	a	P	P	P	P	P	P	
4	Lewa Rosa		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	
5	López Rosa		J	J	J	P	P	P	/	J	P	P	J	P	con	P	P	P	P	P	P	
6	Rivas Marcelina		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	80		P	P	P	P	P	
7	Guerra Olga														llegó				P	P	P	
8															no							
9															a							
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		5	5	4	5	5	4	5	5	5	6	4	5	5	5	5	6	6	6	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.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30/10	Talleres Recreativos

INSCRIPCION MINIMA : 8

(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)
	04-08	11-08	18-08																			
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	P	P	P																		SI	NO
4	P	P	P																		SI	NO
5	P	P	P																		SI	NO
6	P	P	P																		SI	NO
7	P	P	P																		SI	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	7	7																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiples tecnicos	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla	Martes 17:30 a 19:30

	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
			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	24-06	01-07	08-07	15-07	22-07	29-07
1	Bahamondez Sonia		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	Feriado	Feriado	P	P	P	P
2	Cadena Johana					P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P			J	J	J	P
3	Gahona Ysmenia		P															J				
4	Guerra Iris.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P
5	Guerra Margarita		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P
6	Leiva Rosa.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P
7	Peñalozo Silvia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P
8	Rivas Marcelina		J	J																		
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	5	5	6	6	6	6	6	6	5	5	6	5	6			5	5	5	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 AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO GESTION DE CONTRATOS Y TALLERES

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : _____

DEPARTAMENTO : _____

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : _____

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18/03	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30/10	Talleres recreativo

INSCRIPCION MINIMA : 8
(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
	05-08	12-08	19-08																	
1	J	J	J																	
2	J	J	P																	
3																				
4	P	P	P																	
5	P	P	P																	
6	P	P	P																	
7	P	P	P																	
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	4	4	5																	

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

FIRMA PROFESOR

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER _____ FECHA _____

PROFESOR _____ HORARIO _____

PROGRAMA _____

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
MUÑECAS	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ANGELA PADILLA S	JUEVES 14:00 - 16:00.

	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
			20-03	27-03	03-04	10-04	17-04	24-04	01-05	08-05	15-05	22-05	29-05	05-06	12-06	19-06	26-06	03-07	10-07	17-07	24-07	31-07
1	BRAVO XIMENA		P	P	P	P	P	A	O	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P
2	VIDAL VALERIA		P	P	P	P	P	I	D	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	P
3	PONCE ISABEL		P	P	J	J	J	V	A	P	J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P
4	TRUJILLO LUISA		P	J	P	P	P	U	I	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	P	P
5	LOPEZ BLANCA		P	P	J	J	J	L	R	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P
6								L	E	I				-								
7									T													
8								R														
9								O														
10								P														
11																						
12								O														
13								D														
14								I														
15								D														
16								N														
17								E														
18								P														
19								S														
20								U														
21								S														
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	4	3	3	3			5	4	3	1	3	1	2	2	2	3	2	5	5

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
20-03	TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11	TALLERES RECREATIVOS

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)
	07-08	14-08	21-08																			
1	P	P	P																		Si	NO
2	J	J	J																		Si	NO
3	P	P	P																		Si	NO
4	P	P	P																		Si	NO
5	P	P	P																		Si	NO
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	4	4	4																			

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Muñecos	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padello	Jueves 16:15 a 18:15

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	03-04	10-04	17-04	24-04	1-05	08-05	15-05	22-05	29-05	05-06	12-06	19-06	26-06	03-07	10-07	17-07	24-07	31-07
1	Lopez Blanca	P	P	J	J	P	P	Feriado	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P
2	Vidal Valeria									P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P
3	Ponce Ysabel	P	P	P	J	J	P		J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Trujillo Luisa	J	J	J	P	P	P		P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P
5	Bravo Ximena	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
Nº DE ASISTENTES POR SESION		3	2	2	3	4	4	-	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	5	5

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
20-03	Talleres.

F. TERMINO	PROGRAMA
30-NOV.	Talleres Recreativo

INSCRIPCION MINIMA : 10

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Munecos	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla	Miércoles 17:00 a 19:00 hrs

	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
		FECHA	02/04	09/04	16/04	23/04	30/04	07/05	14/05	21/05	28/05	4/06	11/06	18/06	25/06	02/07	09/07	16/07	23/07	30/07	06/08	
1	Aretuno Angela		P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	/	J	J	J	
2	Cadena Johana						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	
3	Herrera Mª Teresa					P	P	J	J	J	J	P	J	P	P	J	P	J	J	J	J	
4	López Blanca				J	J	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	
5	Lopez Mª José		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	
6	Pacheco Elizabeth		J	J	J	P	J	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	
7	Suil Margarito		P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	P	P	J	J	P	J	J	J	
8	Castro Elana																	/	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		3	3	2	4	5	3	4	6	5	6	3	4	6	5	6	.	5	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.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
02/Abril	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30/30	Talleres recreativos

INSCRIPCION MINIMA : 8

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Muñecos tela básico	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Angela Padilla	Viernes 17:30 a 19:30

	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
			04/04/2025	11/04/2025	18/04/2025	25/04/2025	02/05/2025	09/05/2025	16/05/2025	23/05/2025	30/05/2025	06/06/2025	13/06/2025	20/06/2025	27/06/2025	04/07/2025	11/07/2025	18/07/2025	25/07/25	01/08/25	11/08/25	
1	Faúndez Marcia		P	P		P	P	P	P	P	U	P	P		P	P	P	P	P	P	P	
2	López Mª José		P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	P	P	
3	Melendez Ximena		P	U		P	J	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	
4	Morales Jacqueline		P	P		P	P	P	P	P	U	U	U		U	U	U	U	U	U	U	
5	Ortiz Mª Angélica		P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	
6	Pacheco Elizabeth		P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	5		6	5	6	6	6	4	5	5			5	5	4	5	5	5	

Tejido

Tejido

Reparación

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
04/04	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30/04	Talleres recreativos

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																					NO	NO
2																					NO	NO
3																					SI	NO
4																					SI	NO
5																					SI	NO
6																					SI	NO
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 EJECUCION
Muñecos básico	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla	Martes 9:00 a 11:00

	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
		N	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	01-04	8-04	15-04	22-04	29-04	06-07	13-05	20-05	27-05	03-06	10-06	17-06	24-06	1-07	8-07	15-07	22-07	29-07
1	Courdec Patricia		J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P
2	Riquelme Adriana		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Ponce Isabel		J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
4	Martin Olga		P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5	Bravo Ximena		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
6	Testa Sol		P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		4	5	4	6	3	6	6	5	5	5	5	4	4	3	4	3	4	5	5	5

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
18-Marzo	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30-Nov	Talleres recreativos

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
muñecos	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
	martes 11:15 a 13:15

	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
			18-03	25-03	1-04	8-04	15-04	22-04	29-04	6-05	13-05	20-05	27-05	03-06	10-06	17-06	24-06	1-07	8-07	15-07	22-07	29-07
1	Bravo Ximena		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P
2	Couderc Patricio		J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P
3	Martin Olga		P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	Ponce Isabel		J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
5	Riquelme Adriana		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Tejto Sol		P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	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		4	5	4	6	3	6	6	5	5	5	5	2	4	2	4	4	4	5	5	5

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.

DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO GESTION DE CONTRATOS Y TALLERES

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR : _____

DEPARTAMENTO : _____

PROGRAMA : TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : _____

DE ASISTENCIA

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
21/03	Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

FECHA TÉRMINO	PROGRAMA
30/10	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Muñecos Inter.	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Angela Pedilla	Viernes 19:30 a 21:30

	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	04/04/2025	11/04/2025	18/04/2025	25/04/2025	02/05/2025	09/05/2025	16/05/2025	23/05/2025	30/05/2025	06/06/2025	13/06/2025	20/06/2025	27/06/2025	04/07/2025	11/07/2025	18/07/25	25/07/25	01/08/25	08/08/25	15/08/25
1	Faúndez Marcia	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	
2	Lopez Mª José	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	P	P	
3	Melendez Ximena	P	P	Feriado	P	J	P	P	P	P	J	J	Feriado	Feriado	P	P	P	P	P	P	
4	Ortiz Mª Angelica	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	
5	Pacheco ElizabetH	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P	P	P	
6	REYES Cristina	J	J		P	P	J	P	P	J	J	P			P	P	J	P	P	P	
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	5		6	5	5	6	6	5	4	5			6	6	4	6	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

FECHA INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
04/04	Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
FECHA TÉRMINO	**PROGRAMA**	
30/10	TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO	

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Aguja mágica	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padilla	Jueves 11:00 a 13:00 hrs

	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
			05-06	12-06	19-06	26-06	03-07	10-07	17-07	24-07	31-07	07-08	14-08	21-08								
1	Guerrero Carmen		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
2	Hidalgo Claudia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
3	Leiva Rosa		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
4	Orellana Maria																					
5	Pacheco Elizabeth		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P								
6	Rivas Marcela		P	P	J	J	P	J	J	P	P	P	J	P								
7	Lopez Rosa		P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P								
8	Dominguez Bernardita											P	P	P								
9	Gonzalez Ana												P	P								
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	6	4	4	6	5	5	6	5	6	7	8								

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
19-Marzo	Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30-Nov	Talleres recreativos

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

FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MULTIPLES TECNICAS UCAM

MULTIPLES TECNICAS CC SANTA ZITA

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

COSTURA CREATIVA JJVV VITAL APOQUINDO ORIENTE

AGUJA MAGICA CC SANTA ZITA

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MULTIPLES TECNICAS JJVV LAS CONDESAS

COSTURA CREATIVA TARDE JJVV VITAL APOQUINDO ORIENTE

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

COSTUTRA CREATIVA JJVV MANUEL RODRIGUEZ

COSTURA CREATIVA JJVV LAS CONDESAS

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MUÑECAS 1 MARTES UCAM

MUÑECAS 1 JJVV MANUEL RODRIGUEZ

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MUÑECAS JJVV PALOMA

MUÑECAS 2 UCAM

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

BORDADO JJVV VITAL APOQUINDO SUR