

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

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

Nombre	PINO SILVA RUTH		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	GIMNASIA ENTRETENIDA	MIE 10:00-11:00	VIE 09:30-10:30	[REDACTED]	5
T.2	PILATES	LUN 14:00-15:00	MIE 08:30-09:30	[REDACTED]	6
T.3	PILATES	LUN 15:15-16:15	VIE 14:45-15:45	[REDACTED]	5
T.4	PILATES	LUN 16:30-17:30	VIE 15:55-16:55	[REDACTED]	8
T.5	PILATES	MIE 11:15-12:15	VIE 10:45-11:45	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Las alumnas realizan coreografías con música para mejorar su capacidad aeróbica, se varía la intensidad y el estilo. Realizan circuitos para mejorar la fuerza muscular, trabajan con su propio cuerpo y con diferentes implementos. Utilizan silla, pesas, balón grande, aro, banda elástica y colchoneta. Los ejercicios son adaptados a cada alumna y su condición personal realizando las adaptaciones necesarias.
T.2	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.3	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.4	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.5	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.

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

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

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

Nombre	PINO SILVA RUTH		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PILATES	MIE 12:30-13:30	VIE 12:00-13:00	[REDACTED]	5
T.7	PILATES	MAR 13:45-14:45	JUE 13:45-14:45	[REDACTED]	4
T.8	PILATES	LUN 11:00-12:00	JUE 12:30-13:30	[REDACTED]	4
T.9	PILATES	MAR 12:30-13:30	VIE 13:15-14:15	[REDACTED]	5
T.10	PILATES	LUN 12:15-13:15	MIE 13:45-14:45	[REDACTED]	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.7	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.8	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.9	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.10	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.

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

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

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

Nombre	PINO SILVA RUTH		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

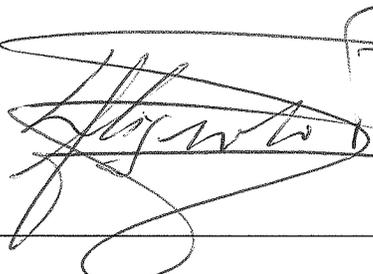
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	PILATES	MAR 11:00-12:00	JUE 11:00-12:00	[REDACTED]	5
T.12	---	---	---	---	
T.13	---	---	---	---	
T.14	---	---	---	---	
T.15	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Las alumnas realizan ejercicios de respiración del método Pilates y movilidad articular. Realizan ejercicios de equilibrio de pie con y sin implementos. Realizan ejercicios del método Pilates nivel básico e intermedio en la colchoneta adaptados a cada una lo que fortalece su musculatura y mejora la flexibilidad. Utilizan silla, balón grande, aro, pesas, banda elástica y colchoneta.
T.12	
T.13	
T.14	
T.15	

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. PINO SILVA RUTH, 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. PINO SILVA RUTH.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

TALLER 1

DE ASISTENCIA

F. INICIO
13-03-2024

DEPARTAMENTO
De Turismo

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe
anular continuidad del taller)

F. TERMINO
30-11-2024

PROGRAMA
TALLER PARA EL 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?	PRESENTA CERTIF. MEDICO	
																					(SI / NO)	(SI / NO)	
1																						S	S
2																						S	S
3																						S	S
4																						S	S
5																						S	S
6																						S	S
7																						S	S
8																						S	S
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Pilates	LUGAR DE EJECUCIÓN [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR Pablo Pino Silva	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER Lunes 15.15-16.15 y Viernes 19.45-20.45

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	S S E N O D I A S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			01/08/2023	01/08/2023	02/08/2023	02/08/2023	03/08/2023	03/08/2023	04/08/2023	04/08/2023	05/08/2023												
1 MARTA AUGER HERNANDEZ	J	P	P	P																			
2 MARIA BILLO SPAVEDRA	P	P	P	P																			
3 MARIA CALDERON SANCHEZ	P	P	J	J																			
4 ERNA CATALDO RATSEH	J	J	J	P																			
5 MARIA DE TERAN MOLINA	P	P	P	P																			
6 GLORIA DEISPIGER LADARCA	J	J	J	J																			
7 CAROLINA ESPINOZA AUGER	J	J	J	J																			
8 VERONICA MONTIEL ALBORNOZ	J	P	J	J																			
9 CARMEN OYARZUN HERNANDEZ	P	J	P	P																			
10 REBECA SANCHEZ HERRERA	P	P	P	J																			
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN = 15

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTA

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 AEROBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
07-03-2025

DEPARTAMENTO
DEPORTES

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar conformidad del taller)

F. TERMINO
10-11-2025

PROGRAMA
TALLERES DE DEPORTES

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


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Pilates	LUGAR DE EJECUCIÓN [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR Ruth Pina Silva	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER MIÉRCOLES A LAS 12:30 Y VIERNES 10:00-11:45

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E P T E M B R E	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			CLUB/PAIS																			
1 TERESA GARMONA CONTRERAS	P		P	P	P																	
2 GLADYS FERRADA	J		P	P	P																	
3 ADRANA MARTÍN FRUJE	P		P	P	P																	
4 SONIA KATZER CORRENO	P		P	P	P																	
5 MARGARITA ZONCO VALENZUELA	P		P	P	P																	
6 MARIA POTERGER MATORANA	J		J	P	P																	
7 MARIA VALDEBRAMA HOYL	P		P	P	P																	
8 SANDA YACHER SCHATT	P		P	P	J																	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

6	7	7	6	4																		
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "S" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

TALLER 5

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-03-2025

DEPARTAMENTO
DEPORTES

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

F. TERMINO
30-11-2025

PROGRAMA
TALL FISCAL 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. MEDICO (SI / NO)		
1																						SI	SI	
2																							SI	SI
3																							SI	SI
4																							SI	SI
5																							SI	SI
6																							SI	SI
7																							SI	SI
8																							SI	SI
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

[Firma]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Pilates

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
RUTH PINO SILVA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles 12:30-13:30 y Viernes 12:00-13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESION N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
		1 MARCELA BERZUELA MURUA	01/09/2024	P	P	P	P	P														
2 ANA CARRERA COCHA	06/09/2024	P	P	P	P	P																
3 INGRID PINTO LADERA	13/09/2024	P	P	P	P	P																
4 PATRICIA PORTER SILVA	20/09/2024	P	P	P	P	P																
5 ARINDA ROBLES FUENTES	27/09/2024	P	P	P	P	P																
6 PETRA SKODINIK VOGEL	04/10/2024	P	P	P	P	P																
7 LUCY DIAL ERNER	11/10/2024	P	P	P	P	P																
8 DIANA WALLACE MORENO	18/10/2024	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: 5 5 5 4 4 3

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "-" (BLANCO) 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 ACROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Pilates	LUGAR DE EJECUCION [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR RUTH PINO SILVA	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Martes y Jueves 13:45 - 14:45

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SERIE	N	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 SONIA CABRERA ARAVENA			P	P	P	P																
2 LORENA GONZALEZ MIRONC			J	J	P	P																
3 MARIA OLIVAS ORRUCIA			J	J	J	J																
4 MARIA URBANO SILVA			P	P	P	P																
5 MARCA MORENO MADRIGAL			P	P	J	J																
6 MARCELA PARKER ECOS			J	J	J	J																
7 INGRID PINTO LABA			J	P	P	P	P															
8 PETRA SKOPINE VOGEL			P	P	J	J	P															
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	7	5	4	3	3																	
------------------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "J" (SI LLEVO) 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, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AERODIX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

TALLER 7

DE ASISTENCIA

F. INICIO
11-03-2015

DEPARTAMENTO
DEPORTES

INSCRIPCION MINIMA
(Con un minimo del mismo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
31-10-2015

PROGRAMA
TALLER REGIONAL DE DISCAPACIDAD

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

[Firma]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Pilates	LUGAR DE EJECUCIÓN [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR RUTH D. ALCANTARA SILVA	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER LUNES 11:00-12:00 y JUEVES 12:30-13:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S I N	DÍAS																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1 ANDELA DERRUCIA NUÑEZ	S	J	J	J	J	J																
2 ALENA CASTILLO MARDONES	S	J	P	P	J	P																
3 CLAUDIA CATALAN BURGOS	S	P	P	P	J	P																
4 MONICA TRAVEZ RESSO	S	J	J	J	J	J																
5 MARIA TURY AWAD	S	P	P	P	P	P																
6 SONIA NAZAR CARREJO	S	P	P	P	P	P																
7 MARIA VALEDEVELA GALDAMES	S	P	J	P	J	J																
8 SARA YACILZ SCHATE	S	J	J	J	J	J																
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	4	4	4	4																	
------------------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" (BLANCO) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "N" 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 AERÓBIX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

TALLER 8

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-03-2025

DEPARTAMENTO
Deportes

INSCRIPCION MINIMA : _____
(En caso de no inscribirse se debe evitar continuidad del taller)

F. TERMINO
20-04-2025

PROGRAMA
TALLER DEPORTIVO DE DEPORTES

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


FIRMA PROFESOR

TALLER 9

DE ASISTENCIA

F. INICIO
19-03-2011

DEPARTAMENTO
DE POCIES

INSCRIPCION MINIMA
(Con menos del 50% no se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
27-1-2011

PROGRAMA
MANEJO DE RESIDUOS

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)		
1																						SI	SI	
2																							SI	SI
3																							SI	SI
4																							SI	SI
5																							SI	SI
6																							SI	SI
7																							SI	SI
8																							SI	SI
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>Pilates</u>	LUGAR DE EJECUCIÓN [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR <u>Ruth Pizarro Silva</u>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <u>LUNES 12.15 - 13.45 y MIÉRCOLES 12.45 - 14.45</u>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SERIE	N	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 PATRICIA ALVARADO VEGA			P	P	P	P	P															
2 GLADYS ARAYA ALBORNOZ			P	P	P	P	P															
3 ANA CABRERA OJEDA			P	P	P	P	P															
4 BLANCA JARA GALLARDO			P	P	P	P	P															
5 EDDA MARINELLI GARCIA			P	P	P	P	P															
6 MARCELA PARKER ZUOZ			P	P	P	P	P															
7 PATRICIA RAMOS FUENTES			P	P	P	P	P															
8 MARCA FORZES BABANI			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	5	4	7	4	6	4																
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (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, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AERODIX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Pilates	LUGAR DE EJECUCION [REDACTED]
NOMBRE DEL PROFESOR Ruth Pino Silva	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER MARTES y JUEVES 11:00-12:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	Nº	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 ELEAZAR BLANCO VILABO	1	P	P	P	P																
2 MARIA CABEZON GIL	2	P	P	P	P																
3 MARIA ESCALONA PEÑA	3	P	P	P	P																
4 MARIA IDANEZ ELLESCAS	4	P	P	P	P																
5 SILVIA MAIRA COSTA	5	P	P	P	P																
6 GLORIA MARAMBIO TABIA	6	P	P	P	P																
7 MARIA POLANCO HERRERA	7	P	P	P	P																
8 VERONICA TRICHLER ANWAYAN	8	P	P	P	P																
9 MARCELA MUZVALLES	9	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	6	6	6	6	6																
------------------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UNA "I" (SI) SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO NO 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.

