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	POLANCO FREDES ANTUAN		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PILATES	MAR 09:45-10:45	JUE 09:45-10:45	[redacted]	6
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	El contenido de este mes, fue trabajar los músculos estabilizadores, principalmente el abdomen y brazos y piernas, a través de ejercicios en silla, colchoneta dorso curvo y de pie.
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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

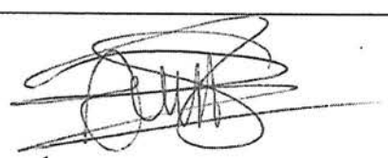
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	POLANCO FREDES ANTUAN		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL	MAR 12:30-13:30	JUE 12:30-13:30	[redacted]	5
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA Y SENSORIAL	LUN 11:15-13:15	---	[redacted]	7
T.3	GIMNASIA KINESICA	LUN 10:10-11:10	MIE 10:10-11:10	[redacted]	7
T.4	GIMNASIA KINESICA	MAR 11:00-12:00	JUE 11:00-12:00	[redacted]	5
T.5	GIMNASIA KINESICA	MAR 15:30-16:30	JUE 15:30-16:30	[redacted]	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	El contenido de este mes,se basó en trabajar y aumentar la resistencia cardiopulmonar a través de diversos ejercicios funcionales, como trabajar en circuito , estabilidad, control,fuerza , agilidad y coordinación corporal, trabajamos de pie, en silla, en barra,con balón pequeño, mancuernas,y bandas elásticas.
T.2	El contenido de la estimulación cognitiva para adultos mayor este mes abarcamos ejercicios de memoria y atención actividades de lenguaje y razonamiento (crucigramas, refranes), aprendizaje de nuevas habilidades, práctica de la lectura y escritura creativa (diarios, cartas),, y la participación en actividades sociales (conversaciones, juegos de mesa como dominó).
T.3	El contenido de este mes , ha sido variado, ya que hemos dado funcionalidad aún más al trabajo de pie, ejercicios con mancuernas,balón pequeño en manos y pie alternando, en silla, trabajo abdominal, con conos trabajamos la coordinación, agilidad y estabilidad general de nuestro cuerpo, dando seguridad y confianza.
T.4	El contenido de este mes , es trabajo de coordinación, agilidad,fuerza y resistencia, los ejercicios eran breves pero con intensidad mediana , realizamos trabajo de brazos con peso 1 kilo, con banda elástica larga,balón grande , sentadas y de pie.
T.5	El contenido este mes, con este grupo, fue trabajar la resistencia corporal,, a través de diversos ejercicios con material, por ej pedaleras, peso balón mini 1 k , en silla trabajo pierna y abdominal .

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. POLANCO FREDES ANTUAN, 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.

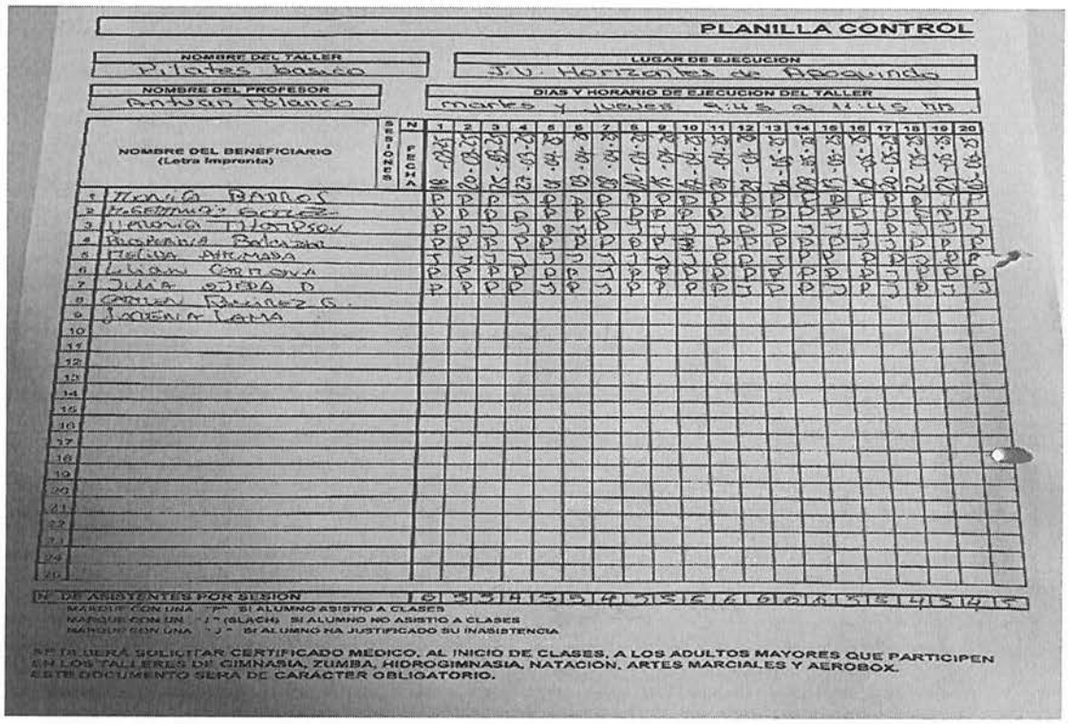
Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en 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. POLANCO FREDES ANTUAN.

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)

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Taller 6 Pilates (Monroe)



PLANILLA CONTROL

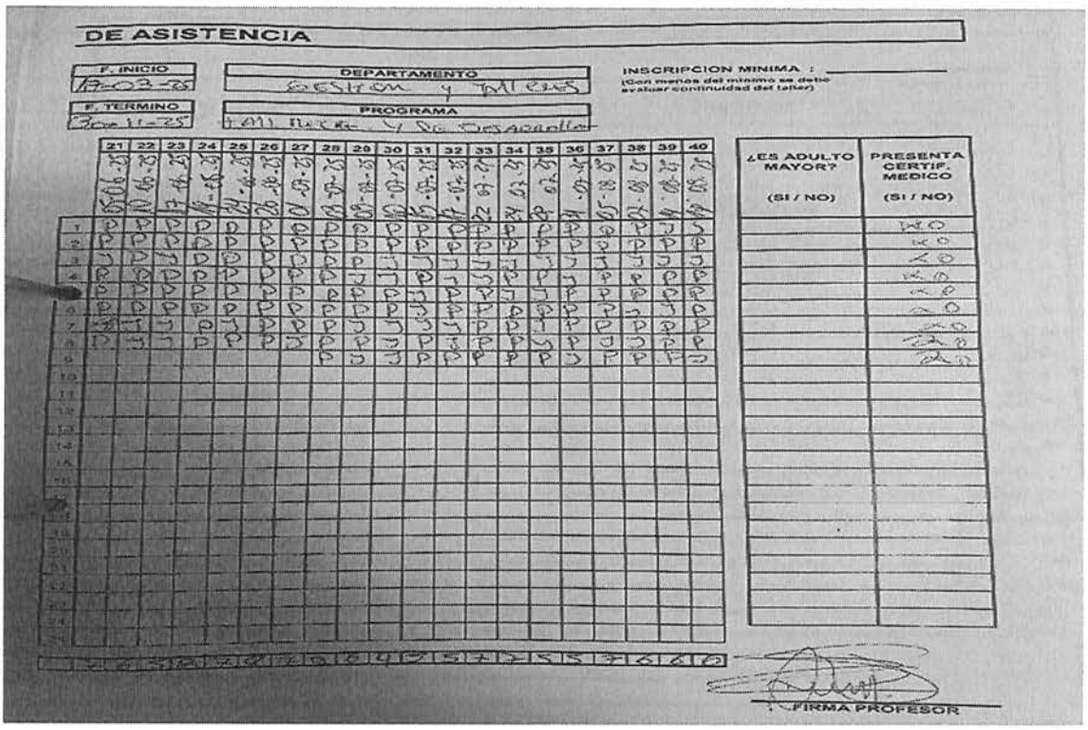
NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Pilates basico	J.V. Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Antuan Blanco	martes y jueves 9:45 a 11:45 hrs

	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
			18-03-25	20-03-25	25-03-25	27-03-25	01-04-25	03-04-25	08-04-25	10-04-25	15-04-25	17-04-25	22-04-25	24-04-25	29-04-25	01-05-25	06-05-25	08-05-25	13-05-25	15-05-25	20-05-25	22-05-25	27-05-25	29-05-25
1	Monica Barros		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
2	Rosemarie Gomez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Veronica Thompson		P	J	J	J	P	J	P	J	J	J	J	P	P	J	J	J	P	J	J	J
4	Rosemarie Balcazar		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P
5	Melida Armada		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P
6	Lilian Carmona		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
7	Julia Ojeda D		P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	J
8	Carmen Ramirez G.																					
9	Jacenia Lama																					
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
N° DE ASISTENTES POR SESION			6	5	5	4	5	5	4	5	5	6	6	6	6	5	5	4	5	4	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 MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.



DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA :
17-03-25	Gestion y Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	**PROGRAMA**	
30-11-25	Tall. Recre. y de Desarrollo	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	05-06-25	10-06-25	17-06-25	19-06-25	24-06-25	26-06-25	01-07-25	03-07-25	08-07-25	10-07-25	15-07-25	17-07-25	22-07-25	24-07-25	29-07-25	01-08-25	05-08-25	07-08-25	12-08-25	14-08-25
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P
7	J	J	J	P	J	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P
8	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	J	P	J	J	P	P
9								P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
N° DE ASISTENTES POR SESION	5	6	5	6	7	8	7	5	6	4	5	5	7	7	5	5	7	6	6	6

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

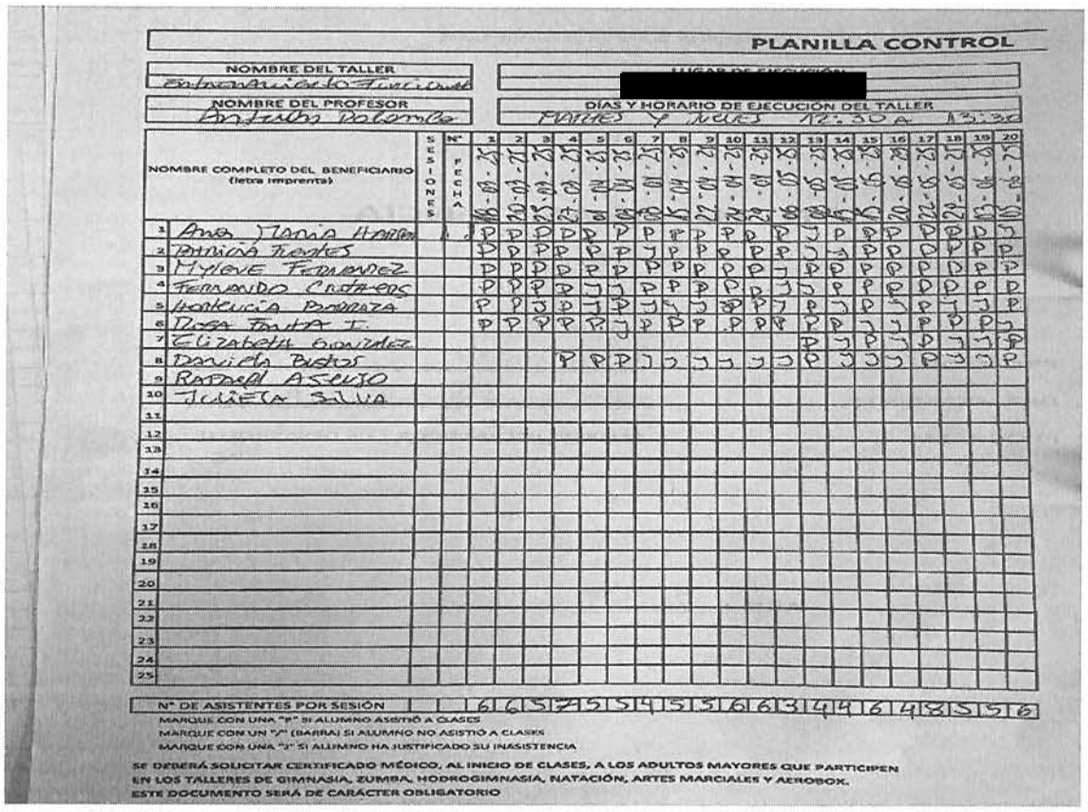
FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación. Taller

Taller 1 Gimnasia Funcional



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Gimnasia Funcional

LUGAR DE EJECUCIÓN: [redacted]

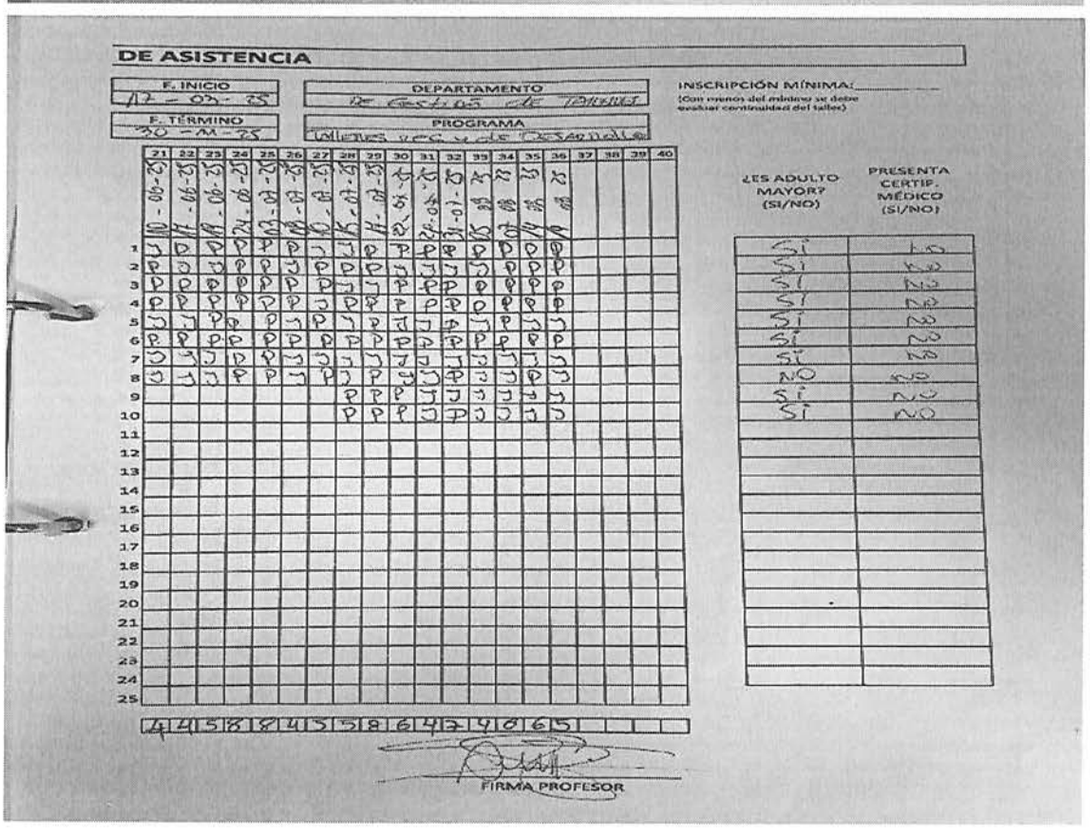
NOMBRE DEL PROFESOR: Andrea Palomo

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Mar y Jue 12:30 A 13:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (letra imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1 16-01-25	2 21-01-25	3 23-01-25	4 28-01-25	5 30-01-25	6 04-02-25	7 06-02-25	8 11-02-25	9 13-02-25	10 18-02-25	11 20-02-25	12 25-02-25	13 27-02-25	14 04-03-25	15 06-03-25	16 11-03-25	17 13-03-25	18 18-03-25	19 20-03-25	20 25-03-25
1	Ana María Hamm			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J
2	Patricia Flores			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P
3	Mylene Fernandez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Fernando Cifuentes			P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
5	Horacio Pradenas			P	P	J	P	J	P	J	J	J	P	P	J	P	J	P	J	P	J	P	P
6	Rosa Tapia T.			P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	J
7	Elizabeth Gonzalez															P	J	P	J	P	J	J	P
8	Daniela Pastor						P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	P	J	J	P
9	Raquel Ascuy																						
10	Julieta Silva																						
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
	N° DE ASISTENTES POR SESIÓN			6	6	5	7	5	5	4	5	5	6	6	3	4	4	6	4	8	5	5	6

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

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



DE ASISTENCIA

F. INICIO: 17-03-25

DEPARTAMENTO: De Gestión de Talleres

F. TERMINO: 30-M-25

PROGRAMA: Talleres Recreativos de Desarrollo

INSCRIPCIÓN MÍNIMA: _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

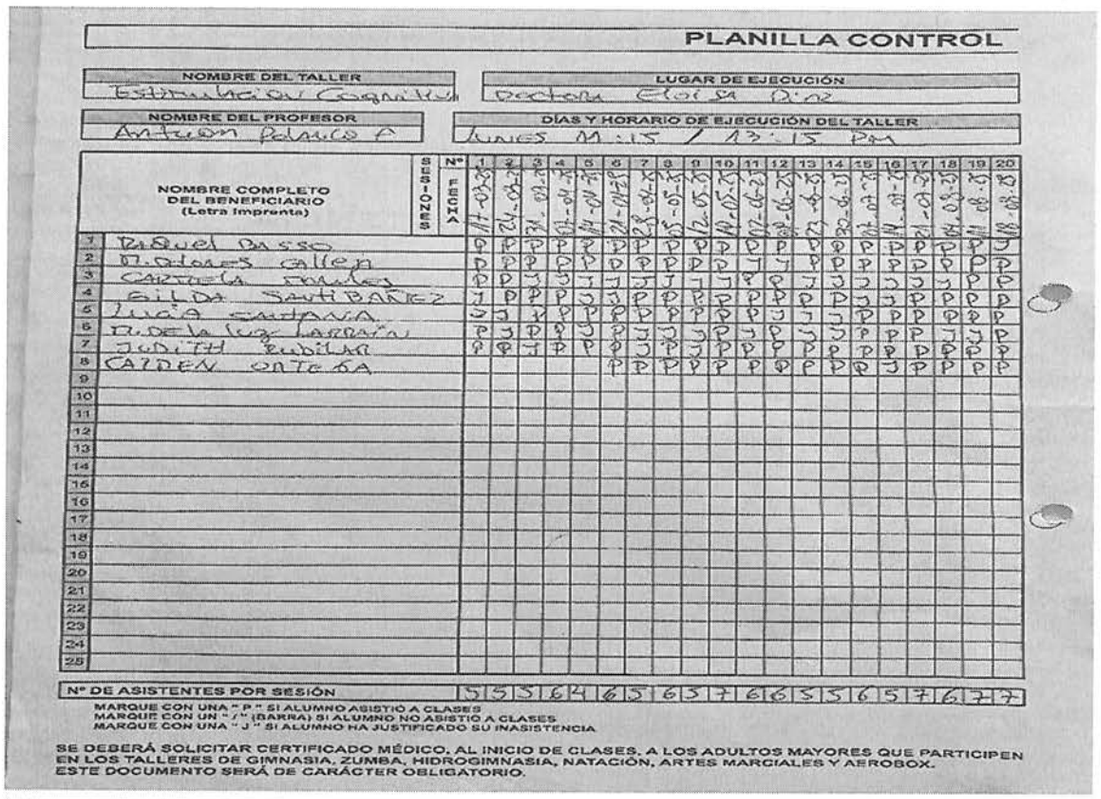
	21 10-03-25	22 17-03-25	23 19-03-25	24 24-03-25	25 26-03-25	26 31-03-25	27 02-04-25	28 07-04-25	29 09-04-25	30 14-04-25	31 16-04-25	32 21-04-25	33 23-04-25	34 28-04-25	35 30-04-25	36 05-05-25	37	38	39	40
1	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	J	P	J	P	P	P				
3	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P				
4	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	J	J	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	J	P	J	J				
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	J	J	P	P	P	J	J	J	J	P	J	P	J	P	J	P				
8	J	J	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	J	J	P	J				
9								P	P	P	J	P	J	J	J	J				
10								P	P	P	J	P	J	J	J	J				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	4	4	5	8	8	4	5	5	8	6	4	7	4	0	6	5				

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

FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Taller 2 Estimulacion Cognitiva



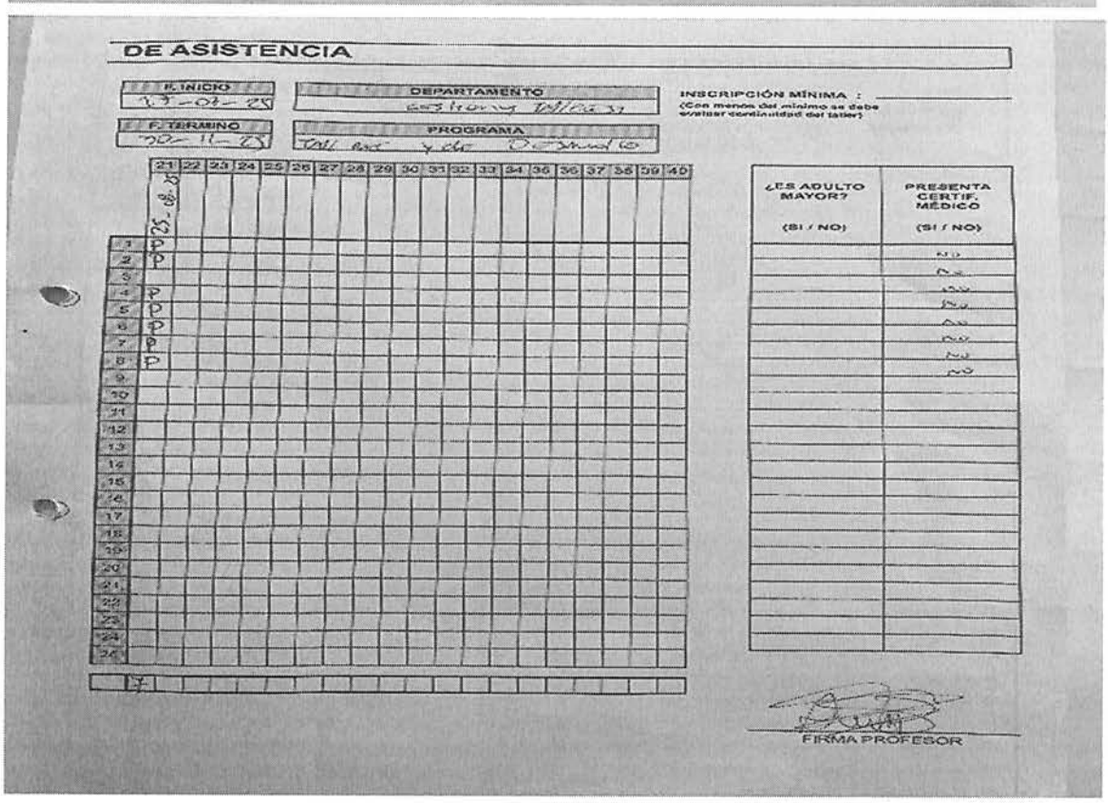
PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Estimulación Cognitiva
LUGAR DE EJECUCIÓN: Doctora Eloisa Díaz
NOMBRE DEL PROFESOR: Antuan Palacios A
DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Lunes M: 15 / 13:15 PM

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIÓN Nº / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			17-03-25	24-03-25	31-03-25	07-04-25	14-04-25	21-04-25	28-04-25	05-05-25	12-05-25	19-05-25	02-06-25	09-06-25	16-06-25	23-06-25	30-06-25	07-07-25	14-07-25	21-07-25	04-08-25	11-08-25	18-08-25
1	Raquel Basso		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
2	M. Dolores Gallegos		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Carmela Morales		P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	J	P	J	J	J	P	P	P
4	Gilda Sanhueza		J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P
5	Lucía Santana		J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
6	M. de la Luz Larraín		P	J	P	P	J	P	J	J	P	J	P	J	J	P	P	P	J	J	P	P
7	Judith Rubilar		P	P	J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Cayden Ontoba							P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	5	5	6	4	6	5	6	3	7	6	6	5	5	6	5	7	6	7	7

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) 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, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.



DE ASISTENCIA

F. INICIO: 13-03-25
F. TERMINO: 20-11-25
DEPARTAMENTO: Educación y Cultura
PROGRAMA: Talleres y Clubes Deportivos
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
	X-08-25																			
1	P																			
2	P																			
3																				
4	P																			
5	P																			
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. MÉDICO (SI / NO)
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO

FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Taller 3 Gimnasia kinésica (Doctora Eloísa Diaz)

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
G. Kinesita	Doctora Eloisa Diaz

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Antuan Polanco	Lunes y Miércoles

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
	FECHA	17-03-25	19-03-25	24-03-25	26-03-25	31-03-25	02-04-25	07-04-25	09-04-25	16-04-25	21-04-25	23-04-25	28-04-25	05-05-25	07-05-25	12-05-25	14-05-25	19-05-25	21-05-25	[illegible]	04-06-25
1	Cecilia Venegas	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J
2	Raquel Basso	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Victoria Cal Bacho	P	J	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Nancy Gómez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Marga Rudloff	J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
6	Rosa Vargas	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P
7	María Berta Ordeñes	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8	Elina Cerda [illegible]												→	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	5	3	6	3	6	6	5	5	5	5	5	5	6	6	5	6	6	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 CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17-03-25	Gestión y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11-25	Talleres y Desarrollo

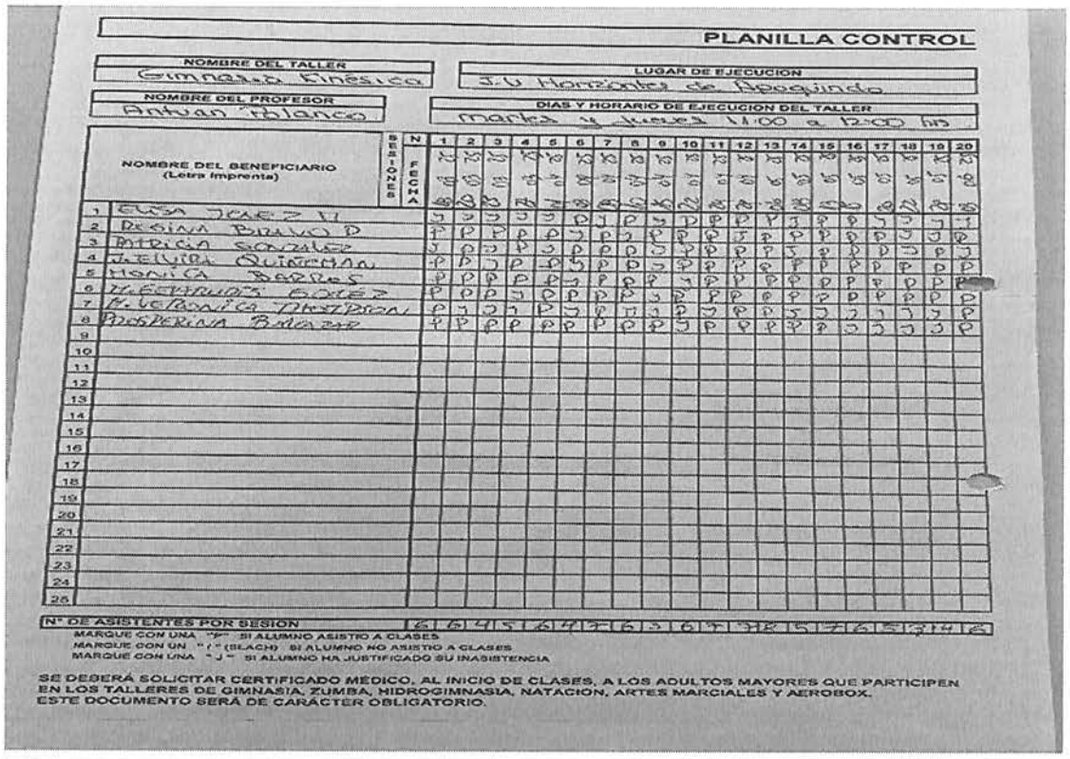
INSCRIPCION MINIMA : ____________
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

N	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	[illegible]-06-25	11-06-25	23-06-25	25-06-25	30-06-25	02-07-25	07-07-25	09-07-25	14-07-25	23-07-25	30-07-25	04-08-25	06-08-25	11-08-25	13-08-25	18-08-25	20-08-25	25-08-25								
1	J	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P							NO	NO
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P							SI	NO
3	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P							SI	NO
4	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P							SI	NO
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J							SI	NO
6	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P							SI	NO
7	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	P	J	P	P	P							SI	NO
8	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							SI	NO
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										
	5	6	7	4	5	6	6	6	4	5	7	6	4	5	6	6	4	6								

FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Taller 4 Gimnasia kinésica (Monroe)



PLANILLA CONTROL

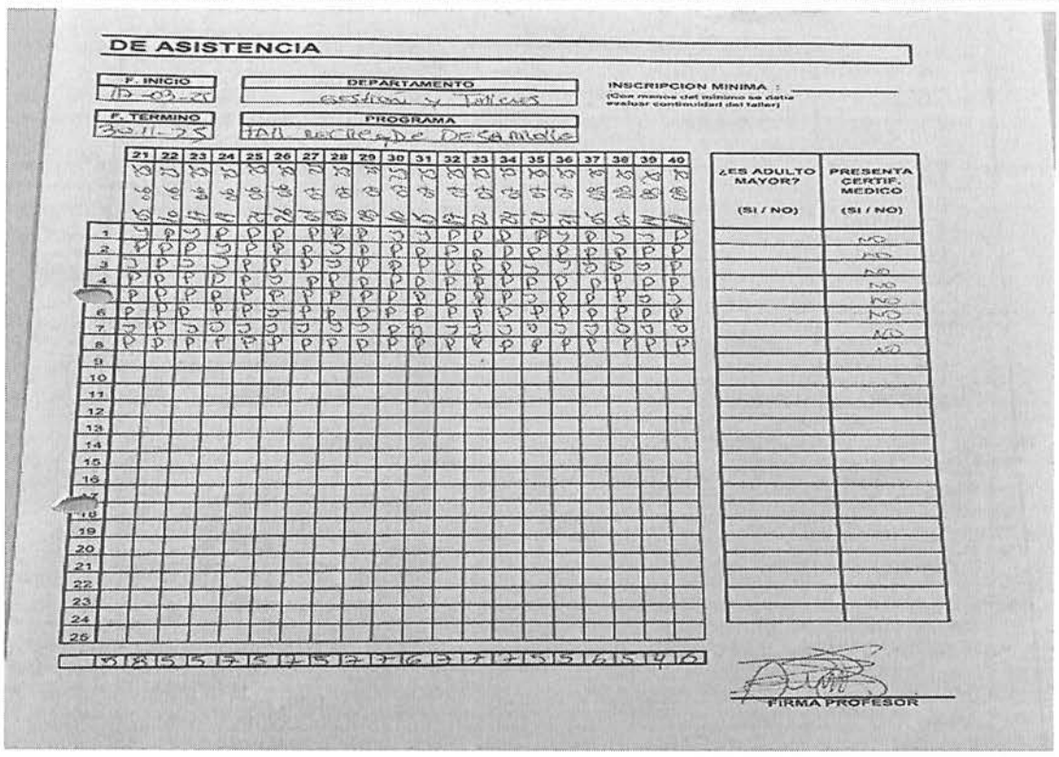
NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Kinésica	J.V Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Antuan Blanco	martes y jueves 11:00 a 12:00 hrs

	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
1	ELISA JEREZ M		J	J	J	J	J	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J
2	REGINA BRAVO P		P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P
3	PATRICIA GONZALEZ		J	P	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	J
4	JELVIRA QUINTEMAN		P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	MONICA BARROS		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	M. ESTRADA GOMEZ		P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	M. VERONICA DIAZ PIZON		P	J	J	J	P	J	P	J	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	P
8	PROSPERINA BALCAZAR		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	6	4	5	6	4	7	6	5	6	7	7	8	5	7	6	5	3	4	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	INSCRIPCION MINIMA :
17-03-25	Gestion y Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	
30-11-25	TAL RECREO 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	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	J	J	P		NO
2	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		NO
3	J	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P		NO
4	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		NO
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J		NO
6	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		NO
7	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		NO
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		NO
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5	8	5	5	7	5	7	5	7	7	6	7	7	7	5	5	6	5	4	6		

FIRMA PROFESOR

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

Taller 5 Gimnasia kinésica (Curaco)

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
GIMNASIA 32	CIRCULO DE ENCUENTRO EL CANELO

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
ANTUAN POLANCO	MARTES Y JUEVES DE 15:30 A 16:30 HRS.

N°	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1 06-may	2 08-may	3 13-may	4 15-may	5 20-may	6 22-may	7 27-may	8 29-may	9 03-jun	10 05-jun	11 10-jun	12 12-jun	13 17-jun	14 19-jun	15 24-jun
1	ARELLANO FUENTES FRESIA EMILIA	P	J	J	P	J	P	J	P	J	P	P	J	P		P
2	CARRILLO REYES MARIA SOLEDAD	P	P	P	J	J	P	P	J	J	J	P	J	J		J
3	EYNAUDI ALVAREZ MARIA ISABEL	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P		P
4	GAETE AHUMADA MARIA ESTER	J	P	J	J	J	P	/	/	/	P	P	J	/		/
5	GUZMAN MIRANDA MARIA CECILIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		J
6	JARA MAYORGA TATIANA DEL CARMEN	J	P	J	P	J	J	J	P	J	P	J	P	J		J
7	LABAN ARENAS CRISTINA DE LAS MERC	P	J	P	J	J	P	J	J	J	J	P	J	J		J
8	LAFUENTE HENRIQUEZ NORMA	J	J	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/	/		/
9	MANSILLA FUENTES ELIANA	P	J	J	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P
10	MONREAL VALENZUELA MARIA PAZ	J	J	P	Retirada											
11	MUÑOZ PEREZ ALICIA	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P				P
12	ORIZOLA SERANTONI MARIA PAULINA	P	J	J	P	J	J	P	P	P	P	J	J	P		P
13	PETERSEN MALLEA EDITH DEL CARMEN	J	/	/	/	Retirada										
14	SANCHEZ CAÑETE DEYANIRA	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			J
15	SEGUEL HERNANDEZ OLGA ASCENCION	P	J	P	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P		P
16	Cifuentes Moraga María (02.06)						P	P	P	P	P					P
17	Ceroni Bravo Ma Virginia	—	—	—	—		P	P	P	J	J	J	J	J		P
18	Cifuentes Villaflor Hector Patricio	—					Retirado									
19	Miranda Tello Maria Elena															
20	Guzmán Miranda Mª Cecilia (21.07)													P		J
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
	N° DE ASISTENTES POR SESION															
	% DE ASISTENCIA POR SESION															
	% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO	9	6	8	7	2	11	7	11	8	11	10	5	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

INFORME DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
05/05/2025	ADULTO MAYOR

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2025	PSL-30

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

N°	16 26-jun	17 01-jul	18 03-jul	19 08-jul	20 10-jul	21 15-jul	22 17-jul	23 22-jul	24 24-jul	25 29-jul	26 31-jul	27 05-ago	28 07-ago	29 12-ago	30 14-ago	31 19-ago	32 21-ago	33 26-ago	34 28-ago	35 02-sept	36 04-sept	N° ASIST.	% ASIST.
1	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J												
2	J	J	P	J	P	J	P	J	J	P	J												
3	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P												
4	/	/	/	/	/	Retirada																	
5	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P												
6	J	J	P	J	P	J	J	J	P	J	P												
7	J	P	J	J	J	P	J	J	J	P	J												
8	/	/	/	/	/		P	J	P	P	J												
9	J	J	J	P	P	J	P	P	P	J	P												
10																							
11		P	J	P	J	J	P	J	J	J	J												
12	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J												
13																							
14	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P												
15	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												
16	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J												
17	P	J	P	J	P	J	P	J	P	P	J												
18																							
19	P	P	J	P	J	J	P	→ Retirada															
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
26																							
27																							
28																							
29																							
30																							
	8	7	8	7	10	7	11	6	10	10	6												

(Informe Final) ASIST. INDIVIDUAL

FIRMA PROFESOR

FECHA :