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	PONCE VALENZUELA MARIA EUGENIA		
RUT	[redacted]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DECOUPAGE BASICO	MIE 10:30-12:30	---	[redacted]	7
T.2	DECOUPAGE BASICO	MAR 10:30-12:30	---	[redacted]	6
T.3	DECOUPAGE BASICO	MIE 15:00-17:00	---	[redacted]	7
T.4	RECICLAJE BASICO	VIE 15:00-17:00	---	[redacted]	6
T.5	RECICLAJE BASICO	VIE 10:30-12:30	---	[redacted]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En el taller de Decoupage las alumnas decoran con servilletas bandejas aplicando la técnica de integración con pintura y otras decorando cajitas utilizando papeles con la técnica de scrapbook.
T.2	Las alumnas decoran con la técnica de Decoupage, cajitas de diferentes tamaños, sartenes para colgarlos en la cocina como reloj y tarros de cereales, utilizando pinturas para integrarlos y pegamento para servilletas.
T.3	Aquí las alumnas están entusiasmadas decorando con servilletas y esténciles porta celulares de madera de distintos portes y diseños.
T.4	Las alumnas están terminando de decorar los envases de latas con aplicaciones de masa Dass y pátinas. Mientras las más avanzadas están empezando con el tejido ovalado para hacer paneras, entre otras cosas.
T.5	Las alumnas y alumnos están dando los toques finales de las africanas sobre madera con revistas de papel couché, con aplicaciones de adornos que ellos tienen en sus casas.

Firma prestador de los servicios	

Escaneado con CamScanner

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	PONCE VALENZUELA MARIA EUGENIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 – 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	RECICLAJE INTERMEDIO	JUE 11:20-13:20	---	[redacted]	7
T.7	RECICLAJE INTERMEDIO	JUE 09:15-11:15	---	[redacted]	7
T.8	–	–	–	–	
T.9	–	–	–	–	
T.10	–	–	–	–	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	En este taller de reciclaje las alumnas siguen perfeccionándose con los tejidos de papel de diario ya sea redondo u ovalado para aplicarlos como porta maceteros o como fruteras.
T.7	Las alumnas continúan con sus trabajos de tejido de papel de diario. Y los alumnos nuevos en cambio hacen tarritos de lata decorados con diferentes etiquetas de masa Das estilo Vintage.
T.8	
T.9	
T.10	

Firma prestador de los servicios	M. Eug. Ponce

Escaneado con CamScanner

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. PONCE VALENZUELA MARIA EUGENIA, 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. PONCE VALENZUELA MARIA EUGENIA.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Decoupage	Los Descubridores

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
M Eugenia Pone	Miércoles. 10:30 - 12:30

	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
			18/3/25	26/3/25	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	2/7/25	9/7/25	23/7/25	30/7/25	6/8/25	13/8/25	20/8/25
1	Beatriz Vera		P	P	P	P	P	C	J	J	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P
2	Verónica Scheuch		P	P	P	P	P	L	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	P	P	P
3	Luz Tomasa		P	P	P	P	P	A	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
4	Silvia Villar		P	P	P	P	J	S	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	J	P	P	P
5	Daysi Hoffmann		P	P	P	P	P	E	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
6	Jenicia Rivera		P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J
7	Paola Torres		P	P	P	P	P	U	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Marcela Sanchez		J	P	P	P	P	S	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9								P														
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION									7	7	7	7	6	5	5	7	7	5	7	8	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.

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Taccupage	La Bastilla.

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
M. Eugenia Ponce	Martes 10:30 – 12:30.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18/3/25	Gestión de talleres
F. TERMINO	**PROGRAMA**
	Talleres Preventivos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

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	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)
	SESIONES / FECHA	18/3/25	25/3/25	1/4/25	8/4/25	15/4/25	22/4/25	6/5/25	13/5/25	20/5/25	27/5/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	8/7/25	15/7/25	22/7/25	29/7/25	5/8/25	12/8/25	19/8/25																					
1	María Inés Santa Cruz (R)	P	P	P	P	J	P	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/			/																						
2	M. José León (R)	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			/																						
3	Violeta Hernandez (E)	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	P	P	J	P	J	P	J	/	/																						
4	M. Angélica Valenzuela M	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P																						
5	Daniela Ponce (R)	J	J	/	/	/	/		/													/																						
6	Magdalena Ponce (R)	J	J	/	/	/	/															/																						
7	Pamela Gutiérrez	J	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P																						
8	M. Odilia de Barrios	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																						
9	Ana Karina Dunner						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																						
10	Jimena Bovelo								P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P																						
11	Claudia Picoli										P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																						
12	Tania Rodríguez																																										
13																																											
14																																											
15																																											
16																																											
17																																											
18																																											
19																																											
20																																											
21																																											
22																																											
23																																											
24																																											
25																																											
N° DE ASISTENTES POR SESION								6	5	5	5	5	5	6	6	5	6	5	5	7	6	6																					

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "J" (BLACK) 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.

M. Eugenia Ponce
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Decoupage	Los Descubridores

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
M. Eugenia Ponce	Miércoles 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
			18/3/25	26/3/25	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	2/7/25	9/7/25	23/7/25	30/7/25	6/8/25	13/8/25	20/8/25
1	Vera Ko Paussino (R)		P	R	·	·	·	C	·		·	·										
2	Mª Soledad León		P	P	P	P	P	L	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
3	Poldy Gonzez		P	P	P	P	P	S	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
4	Paola Perez		J	J	P	P	P	E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Ximena Balbontin		J	P	P	J	P	S	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
6	Mª Angelica Valenzuela (R)		J	P	P	P	P	S	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	P	P	J	P
7	Magdalena Ponce (R)		J	J	J	P	J	E	P	P	P	/	/	/	/							
8	Teresa Sonino Alegría					·	P	D	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Verónica Schenck							I		·	·	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P
10								A														
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION									5	6	5	6	6	5	6	6	5	5	7	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.

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Reciclaje.	Los Descubridores

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
M. Eugenia Bruce	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
			21/3/25	28/3/25	4/4/25	11/4/25	18/4/25	25/4/25	9/5/25	16/5/25	23/5/25	30/5/25	6/6/25	13/6/25	4/7/25	11/7/25	18/7/25	25/7/25	1/8/25	8/8/25	15/8/25	22/8/25
1	María Irene Santa Cruz		P	P	P	P	F	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	F	P
2	Mª Violeta Matusena		P	P	P	P	E	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	E	P
3	Leticia Aranibia		P	P	P	P	R	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P
4	Mª Angélica Valenzuela		P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	I	P
5	Barbara Sobre (R)		J	J	R	/	D	/	/	·	·	·		·		·		·			A	
6	Magdalena Bruce.		J	J	P	P	O	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	D	P
7	Cecilia Peret		·	·	·	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	O	P
8	Virginia Aranibia																			J		P
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION								5	5	5	5	5	5	6	5	6	5	6	5	/	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.

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Reciclaje	Salón 8.000

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Dr. Eugenio Ponce	Viernes 10:30 - 12:30

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6 (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
22/3/25	Gestión de talleres	
F. TÉRMINO	**PROGRAMA**	

SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FECHA	21/3/25	28/3/25	4/4/25	11/4/25	18/4/25	25/4/25	2/5/25	9/5/25	16/5/25	23/5/25	30/5/25	6/6/25	13/6/25	20/6/25	4/7/25	11/7/25	18/7/25	25/7/25	1/8/25	8/8/25
1 Paola Serrano	P	P	P	P	E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
2 Patricio Díaz	P	P	P	P	E	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Laura Zamorano	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Jessica Arriaza	P	P	P	P	A	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
5 Pamela Araya	P	P	P	P	D	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P
6 Jorge Veliz	P	P	P	P	O	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Pamela Gonzalez																				P
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN						6	4	3	6	5	6	5	6	5	5	6	5	6	5	7

SESIONES Nº	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
FECHA	15/8/25	22/8/25																		
1	E	P																		
2	E	P																		
3	R	P																		
4	A	P																		
5	D	P																		
6	O	P																		
7		P																		
8																				
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)

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.

FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Reciclaje	Bilbao Alto.

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
M. Eugenia Ponce	Jueves $11^{20} - 13^{30}$

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/3/25	Gestión de talleres

F. TÉRMINO	PROGRAMA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	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
	SESIONES Nº / FECHA	20/3/25	27/3/25	3/4/25	10/4/25	17/4/25	24/4/25	8/5/25	15/5/25	22/5/25	29/5/25	5/6/25	12/6/25	19/6/25	26/6/25	3/7/25	10/7/25	17/7/25	24/7/25	31/7/25	7/8/25
1	M. Cristina Alonforte	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
2	Paola Lerner	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
3	Mª Angélica Urbaneta	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Mª Luz Larraín	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P
5	Irene Santa Cruz	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P
6	Magdalena Ponce (R)	J	J	P	P	J	J	P	P	J	P	J	P	P	J	J	/	/	/	/	
7	Daniela Ponce (R)	J	J	P	J	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/	
8	Margot Benard											P	J	J	P	P	P	P	J	P	P
9	Oscar Benavides																			P	P
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN							5	5	6	6	5	5	4	5	5	5	6	5	7	7

	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)
	14/8/25	21/8/25																				
1	P	P																				
2	P	P																				
3	P	P																				
4	P	P																				
5	P	P																				
6																						
7																						
8	P	J																				
9	P	P																				
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7	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.

M. Eugenia Ponce
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

PLANILLA CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Reciclaje intermedio	Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
M. Eugenia Ponce	Jueves 9:15 - 11:25

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/3/25	Gestión de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : 6.
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	20/3/25	27/3/25	3/4/25	10/4/25	24/4/25	8/5/25	15/5/25	22/5/25	29/5/25	5/6/25	12/6/25	19/6/25	26/6/25	3/7/25	10/7/25	17/7/25	24/7/25	31/7/25	7/8/25	14/8/25
1	M. Cristina Alempartе	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Paola Serner	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
3	Mª Angélica Valenzuela	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Mª Irene Santa Cruz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Magdalena Ponce	J	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P
6	Pamela Ponce	J	J	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P
7	Franco Rodríguez																			P	P
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	4	6	5	5	5	5	6	6	5	5	0	4	5	4	5	6	7	6	7

	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)
	21/8/25																					
1	P																					
2	P																					
3	P																					
4	P																					
5	P																					
6	P																					
7	P																					
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7																					

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.

M. Eugenia Ponce
FIRMA PROFESOR

Escaneado con CamScanner

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación

T1.- Decoupage. La Rábida

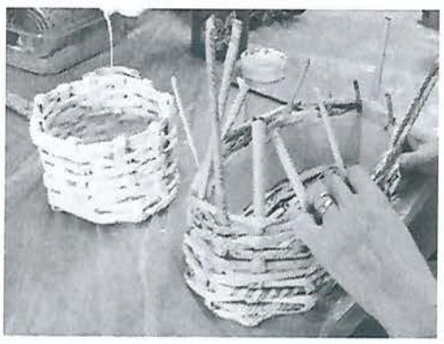
T2.- Decoupage. Vilanova

T3.- Decoupage. La Rábida

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T4.- Reciclaje. La Rábida

T5.- Reciclaje. Alonso Camargo

T6.- Reciclaje Dra. Eloísa Díaz

T7.- Reciclaje. Dra. Eloísa Dìaz