

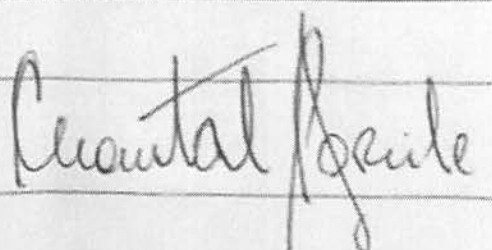
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	PORCILE YANINE CHANTAL ✓		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 17.15-19.15	—	██████████	4
T.2	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 15.00-17.00	—	██████████	5
T.3	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	MAR 09.30-11.30	—	██████████	4
T.4	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 09.45-11.45	—	██████████	3
T.5	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 12.00-14.00	—	██████████	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	la técnica de las incompatibilidades químicas en el esmalte al fuego con soplete y horno sobre metal cobre
T.2	El esmaltado sobre borax y ácido bórico y sus efectos con el soplete sobre metal cobre y/o bronce. Cuaquelado
T.3	La técnica de la acuarela sobre cobre con base blanca aplicado a pincel con inclusiones de alambres
T.4	Esmalte al fuego con soplete en la técnica pasado de fuego sobre metal cobre para engaste de joyería.
T.5	Esmalte de tubos de cobre con soplete y con horno. Cuentas de cobre para joyería de collares.

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

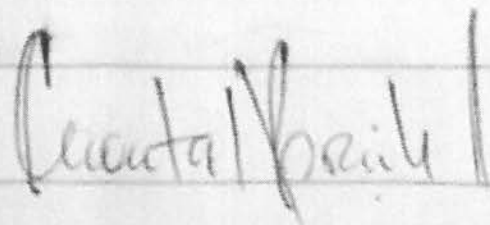
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	PORCILE YANINE CHANTAL		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESMALTE EN COBRE BASICO	LUN 15:00-17:00	—	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6
T.7	VITROFUSION BASICO	MAR 11:45-13:45	—	██████████	6
T.8	VITROFUSION BASICO	VIE 09:30-11:30	—	████████████████████	6
T.9	VITROFUSION BASICO	VIE 14:00-16:00	—	████████████████████	5
T.10	VITROFUSION BASICO ✓	VIE 11:45-13:45	—	████████████████████	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Estudios de incompatibilidades y oxidación del esmalte blanco al pasarse de fuego en cobre con soplete
T.7	Joyas en cristal Murano y Bullsey en Vitrofundición al horno para engaste en joyería.
T.8	Fuentes y loga de vidrio; la técnica de Vitrofundición y perlas de vidrio al soplete con cristal Murano.
T.9	Micro honda y Cápsula para esmalte y fusión de cristal Murano para joyería en alambriismo.
T.10	Perlas de vidrio con soplete y joyas de Vitrofundición con horno cerámico e inclusiones de vidrio Murano.

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. PORCILE YANINE CHANTAL, 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. PORCILE YANINE CHANTAL.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Exualte al Fuego Verde	J.V. Horizontes de Arqueología
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Perle	Jueves 17:15 a 19:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N Ú M E R O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA																			
1 M ^o Luz Carrasquel			MAR 20	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	J	J	J	J	P	P		
2 Sandra Basten			MAR 27	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P		
3 Leonore Demick			ABR 03	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P		
4 Vilma Ciel			ABR 10	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P		
5 PATRICIA TRONCOSO			ABR 17	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J		
6 Michele Aleé			ABR 24	P	P	P	P	J	RETIRADA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7 M ^o de la Luz			MAY 08	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	J	J	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	6	6	6	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	3	3	3	5	5
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 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

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

PROGRAMA
Tratamiento de la hipertensión arterial

[illegible]

Christa Biele
FIRMA PROFESSOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Esmalte al Fuego en Cobre	J.V. Horizontes de Opaquimbo
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Christian Porcile	Jueves 15.00 a 17.00

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
		MARZO 20	MARZO 27	ABRIL 03	ABRIL 10	ABRIL 17	ABRIL 24	MAYO 01	MAYO 08	MAYO 15	MAYO 22	MAYO 29	JUNIO 05	JUNIO 12	JUNIO 19	JUNIO 26	JULIO 03	JULIO 10	JULIO 17	JULIO 24	JULIO 31
1. Paulina de la Cruz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Soledad Rios		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P
3. Samirac Ruten		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Gladys Contreras		P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Beatriz Demich		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6. Cecilia Basso		J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. M ^{te} de la Luz		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	J	J	P	P
8.																					
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	5	6	6	6	5	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Esma He al fuego en cobre

LUGAR DE EJECUCION
J.V Horizontes de Obsequindo

NOMBRE DEL PROFESOR
Chantal Parilla

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
martes de 9:30 a 11:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			SESIONES PACIENTE	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					MAR 20 18	MAR 20 25	ABR 1 01	ABR 1 02	ABR 1 15	ABR 1 22	ABR 1 28	MAY 06	MAY 13	MAY 20	MAY 27	JUN 03	JUN 10	JUN 17	JUN 24	JUL 01	JUL 08	JUL 15	JUL 22	JUL 29
1	Elicma Acuña				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J
2	M ^a Mrs Pérez				P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P
3	Guadalupe Titichoca				P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
4	Viviana Albornoz				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5	Cristina Gantner				/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	J	J	P	J	P	P	J	P	P	
6	Elizabeth Jorgensen				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Daniela Ramirez				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P
8	Leonora Demick				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION 4 3 4 4 4 4 4 4 4 3 2 4 4 4 2 5 4 4 2 5 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 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.

Esmalte al Fuego en Lohre

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Esmalte al Fuego en Lohre

LUGAR DE EJECUCION

JV Horizontes de Quequeto

NOMBRE DEL PROFESOR

Christal Parale

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves 9:45 - 11:45

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				MAR 20	MAR 21	ABR 10	ABR 11	ABR 17	ABR 24	MAY 08	MAY 15	MAY 22	MAY 29	JUN 05	JUN 12	JUN 19	JUN 26	JUL 03	JUL 10	JUL 17	JUL 24	JUL 31	
1	Glòria Rigo - Rigo			/	/	/	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
2	Wilma Robles			P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	
3	Silvia Fuentes			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	
4	Carolina Merino			P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	
5	Carla Palacios			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P		
6	Soledad Izquierdo			P	J	A	E	T	R	A	I	A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	Elisama Ocuria			/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
8	Soledad Figueroa			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	2	1	2	1	2	2	4	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 INASISTENCIA

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Ensalte al Fuego en Cabe	JV Horizontes de Apogeucho

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Ensalte Porru	Jueves de 12:00 a 14:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			MAR 20	MAR 27	ABR 03	ABR 10	ABR 17	ABR 24	MAY 01	MAY 08	MAY 15	MAY 22	MAY 29	JUN 05	JUN 12	JUN 19	JUN 26	JUL 03	JUL 10	JUL 17	JUL 24	JUL 31
1 Paulina Julian			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Soledad Lagueras			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Delfino Fuentes			J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P
4 Silvia Fuentes			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J
5 Cecilia Bravo			J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P
6 M- Soledad Estay			L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
7 Marcel Pasten			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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	3	3	5	5	5	5	4	5	4	4	3	3	3	2	3	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 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 AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Videofusion

LUGAR DE EJECUCION
J.V. Horizontes de Apurimac

NOMBRE DEL PROFESOR
Chantal Porub

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes 11:45 a 13:45

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
				Marzo 18	Marzo 25	Abril 01	Abril 08	Abril 15	Abril 22	Abril 29	Mayo 06	Mayo 13	Mayo 20	Mayo 27	Junio 03	Junio 10	Junio 17	Junio 24	Julio 01	Julio 08	Julio 15	Julio 22	
1 Soledad Rojas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Soledad Segura	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Silvia Fuentes	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Sandra Pasten	/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Michel Alea	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Loreto Pulido	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Nicole Morales	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8 Daniela Ramirez	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 Marisol Pasten	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION 4 5 5 5 6 6 5 5 5 5 6 5 4 4 4 3 4 3 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 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
17/02/2025

DEPARTAMENTO
Departamento de Castiella de Tal

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

F. TERMINO
30/03/2025

PROGRAMA
Talleres recreativos de

[illegible][illegible][illegible]

Araceli Beib
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Videofusión

LUGAR DE EJECUCION

U.C.A.M. [REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR

Carmel Porub

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes 9:30 a 11:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				MAR2021	MAR2022	ABR.104	ABR.11	ABR.125	MAY0209	MAY16	MAY23	MAY30	JUN06	JUN13	JUN20	JUN27	JUL05	JUL11	JUL18	JUL25	AGO01	AGO08	
1	Ma Luise Qasac			P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J		P	P	P	P	P	P	P	
2	Leonora Oemick			P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J		J	J	P	P	P	P	P	
3	Claudia Aguilar			P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J		P	P	P	P	P	J	P	
4	Vilena Cid			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	
5	Christine Yeomans			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	
6	Carmen Borquez			/	/	/	/	/	/	/	P	P	P	P		P	P	P	P	P	J	P	
7	Silvia Fuentes			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/	
8																							
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	5	5	5	5	5	4	3	3	/	5	5	6	6	6	4	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA	
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
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

F. INICIO
17/03/2025

DEPARTAMENTO
Departamento de Trabajo Taller

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

6

F. TERMINO
30/03/2025

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de de.

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

[illegible]

Antonio Forik
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Vitrofusion	LUGAR DE EJECUCION UCAM-H. de Magallanes
NOMBRE DEL PROFESOR Chantal Porak	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER viernes 14:00 a 16:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimata)	SERIE	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			MAR 20 21	MAR 20 23	ABR 10 11	ABR 11 25	MAY 07	MAY 16	MAY 23	MAY 30	JUN 06	JUN 13	JUN 20	JUN 27	JUL 05	JUL 11	JUL 18	JUL 25	Ago 01	Ago 08		
1 Paulina de la Cuadra			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Gladys Contreras			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Leonor Araya			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Leonora Pernich			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Cecilia Boero			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Gloria Rigo-Rishi			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Christine Yeoman's			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	16	16	16	16	16	15	12	15	14	14	16	15	15	14	15	15	15	15	15	15	15	15
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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, HIROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
 ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/2025

DEPARTAMENTO
Dpto de Gestión de Talleres

INSCRIPCION MINIMA 6
(Con minimo del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/2025

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

Lucinda Forik
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Vitroterapia</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>UCAM</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Chantal Porcib</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Viernes 11:45 a 13:45</i>

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
		MAR 20 21	MAR 20 28	ABR 04	ABR 11	ABR 18	MAY 04	MAY 16	MAY 23	MAY 30	JUN 06	JUN 13	JUN 20	JUN 27	JUL 05	JUL 12	JUL 19	JUL 26	AUG 02	AUG 09	AUG 16
1 Paulina de la Cruz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Ximena Chacón		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J
3 Gladys Contreras		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
4 Leonora Domick		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Yilma Cid		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Cecilia Boero		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P
7 Cristian GARCIA		/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	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																					

N° DE ASISTENTES POR SESION	16	6	6	6	6	5	2	5	5	4	7	5	5	5	6	6	5
-----------------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 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

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

PROGRAMA
Bollosos hereditarios y de Denegrotto

[illegible]

Firma Profesor