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	RAMIREZ RAMIREZ FERNANDO		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA BASICO	MAR 11:20-12:20	JUE 11:20-12:20	[redacted]	10
T.2	YOGA BASICO	MIE 15:05-16:05	VIE 15:05-16:05	[redacted]	8
T.3	YOGA BASICO	LUN 09:00-10:00	VIE 12:40-13:40	[redacted]	9
T.4	YOGA BASICO	MAR 09:30-10:30	VIE 11:30-12:30	[redacted]	7
T.5	YOGA BASICO	MIE 11:15-12:15	VIE 10:00-11:00	[redacted]	11

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	• Promover la relajación y una adecuada respiración. • Aumentar la resistencia física.
T.2	• Promover un sano desarrollo óseo y muscular. • Incentivar la paz mental y una correcta respiración.
T.3	• Sanear el organismo en sus distintos niveles. • Aprender a controlar la mente y a poner en práctica nuevas técnicas respiratorias.
T.4	• Aprender a eliminar malos hábitos mentales y a sanear nuestro ámbito psíquico. • Fortalecer nuestro organismo en sus diferentes niveles.
T.5	• Estimular una mayor capacidad y destreza mental. • Dinamizar nuestro organismo con saludables hábitos respiratorios y mentales.

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	RAMIREZ RAMIREZ FERNANDO		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	YOGA INTERMEDIO	LUN 11:30-12:30	JUE 13:20-14:20	[redacted]	6
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	· Aprender a coordinar los movimientos y desarrollar la agudeza mental. · Incrementar la fuerza y elasticidad corporal.
T.7	
T.8	
T.9	
T.10	

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. RAMIREZ RAMIREZ FERNANDO, 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. RAMIREZ RAMIREZ FERNANDO.

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
Yoga	Junta de vecinos Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Fernando Ramírez	Martes de 11:20 a 12:20 y Jueves de 11:20 a 12:20

	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	20	25	27	1	3	8	10	15	17	22	24	29	6	8	13	15	20	22	27
			3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
			25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	Mónica Chamorro		P	J	P	J	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J
2	Verónica González		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Fernando Poblete		P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P
4	Rosenda Gallegos		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
5	Sergio Astorga		P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Gabriela Lagomarsino		P	J	R	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Carmen López		J	J	P	J	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J
8	Julio Muñoz		P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	J
9	Ada Moreno						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	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	7	4	7	5	4	4	7	5	7	6	8	8	7	6	3	5	5	5	5	4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN " / " (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-3-25	Organizaciones comunitarias

F. TERMINO	PROGRAMA
27-11-25	Talleres remotos y de duelo

INSCRIPCION MINIMA : _____

(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
	29	4	6	10	13	18	25	1	3	1	3	8	10	15	17	22	24	29	31	5
	5	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8
	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	P	J	J	P	J	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P
2	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P
5	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	P	J	P	J	J	J	P	P	P	A	P	J	P	J	P	J	P	P	J	P
8	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	P	J	J	J	P	P	P
9	P	J	P	J	J	P	J	P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	19	6	6	3	5	7	8	8	5	6	4	5	4	7	5	6	8	6	6	

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

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-3-2025	Organizaciones comunitarias

F. TÉRMINO	PROGRAMA
27-11-2025	Talleres recreativos y de desarrollo

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
	7	12	14	19	21	26	28	2	4	9	11	16	23	25	30	2	7	9	14	16
	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10
	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	P	P	J	P																
2	P	P	P	J																
3	P	P	J	P																
4	P	P	P	P																
5	J	J	P	P																
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	P	P	J	P																
8	J	P	P	P																
9	J	P	P	P																
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

	5	7	5	7																

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Yoga	Junta de vecinos Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Fernando Ramírez	Miercoles de 15 a 16 y Viernes de 15 a 16

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	19	21	26	28	2	4	9	11	16	23	25	30	2	7	9	14	16	23	28	30
		3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
		25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1 Cecilia Ocarranza		P	J	J	J	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P
2 Monica Alvarado		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P
3 Lidia Bobe		P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	J	/	J	J	J	/	J	J	J
4 Andrea Veloz		J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P
5 Adriana Michelsson		P	P	P	J	P	P	J	P	R	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6 Elizabeth Olguetz		P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
7 María Ocelia Muirhead		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Zulli Freites		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J
9 Patricia Nahum												P	P	J	J	J	P	P	P	P	P
10 Ma Angélica Flores																					
11 Nora Fanta																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
N° DE ASISTENTES POR SESION		7	6	7	6	7	6	4	4	4	6	5	4	4	4	5	4	5	4	5	5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN " / " (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19-3-25	Organizaciones comunitarias

F. TERMINO	PROGRAMA
28-11-25	Talleres Recreativos y de desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

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

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
1º-3-2025	Organizaciones comunitarias

F. TÉRMINO	PROGRAMA
27-11-2025	Talleres recreativos y de desarrollo

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

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Yoga	Junta de vecinos Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Fernando Ramírez	Lunes de 9 a 10, Viernes de 12:00 a 13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	17/3/25	21/3/25	24/3/25	28/3/25	31/3/25	4/4/25	7/4/25	10/4/25	13/4/25	21/4/25	25/4/25	28/4/25	2/5/25	5/5/25	9/5/25	12/5/25	16/5/25	19/5/25	23/5/25	26/5/25
1	Estelvina Salinas	J	J	P	J	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	/
2	Felisa Bruno L	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	/
3	Ana María Flores	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	J	J	/
4	Adriana Michelson	P	J	P	J	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	P	J	/	P	/
5	Marcela Sabja	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	/	J	
6	Carmen Bruno L	P	J	J	J	P	P	P	J	J	P	J	J	P	P	J	P	P	J	J	/
7	Cecilia Puga	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/
8	Laura Morales	J	J	J	J	/	/	/	/	/	/	J	J	/	/	/	/	/	/	J	
9	María Jesús Soques						P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	/
10	Andrea Veloz																				/
11																					/
12																					/
13																					/
14																					/
15																					/
16																					/
17																					/
18																					/
19																					/
20																					/
21																					/
22																					/
23																					/
24																					/
25																					/
N° DE ASISTENTES POR SESION		6	3	6	2	4	5	6	5	6	5	4	5	7	4	6	4	5	2	4	/

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17-3-25	Organizaciones comunitarias

F. TERMINO	PROGRAMA
28-11-25	Talleres recreativos y de desarr

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

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

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-3-2025	Organizaciones comunitarias

F. TÉRMINO	PROGRAMA
28-11-2025	Talleres recreativos y de desarrollo

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Yoga	Junta de Vecinos Bilbao Alto

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Fernando Ramírez	Martes (9:30 a 10:30) y Viernes de 11:30 a 12:30)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	18	21	25	28	1	4	8	11	15	22	25	29	2	6	9	13	16	20	23	27
		3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
		25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	26
1 Maritzabel Espinoza		P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
2 Felisa Bernal		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 María elvia Zaneta		P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	J	J	P	J	J	J	P	P	P	J
4 Cármen Bernal		P	J	P	J	P	P	J	J	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J
5 Marcelo Martínez		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J
6 Ana María Flores		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	J	P	J	P	J	J	J	J
7 Lilian Alfaro		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Vicky Ojeda		J	J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	P	J	J
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
N° DE ASISTENTES POR SESION		7	8	7	6	5	5	5	6	6	5	4	6	6	6	4	5	6	6	6	2

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN " / " (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-3-25	Organizaciones comunitarias

F. TERMINO	PROGRAMA
28-11-25	Talleres reparativos y de deudo

INSCRIPCION MINIMA : _____

(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
	30	3	6	10	13	17	24	27	1	4	8	11	15	18	22	25	29	1	5	8
	5	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8
	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P
2	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P
3	J	P	J	J	P	P	P	J	P	J	J	J	P	J	J	P	P	J	P	P
4	J	P	P	P	J	P	J	J	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	J
5	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
6	P	P	J	J	P	J	J	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	J
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
8	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	5	7	5	6	6	6	4	6	6	6	5	6	7	5	6	7	7	2	6	5

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

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-3-2025	Organizaciones comunitarias

F. TÉRMINO	PROGRAMA
28-11-2025	Talleres recreativos y de desarrollo

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
	12	19	22	26	29	2	9	12	16	23	26	30	3	7	10	14	17	21	24	28
	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10
	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	J	P																		
2	P	P																		
3	P	P																		
4	P	J																		
5	P	J																		
6	J	J																		
7	J	P																		
8	J	P																		
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	4	5																		

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Yoga	Junta de vecinos Plaza del Inca

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Fernando Ramírez	Miércoles de 11:00 a 12:00, Viernes de 10 a 11

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	19	21	25	28	2	4	9	11	16	23	25	30	2	7	9	14	16	23	28	30
			3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
			25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	Zyanthys Hernandez		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	R	—	—	—	—	—	—	—	
2	Alejandrina Guzmán		P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Elke Cárenils		P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J
4	Teresita Barriga		J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	P	J	J	J	P	P	A
5	Mz. Eugenia de la Sotta		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
6	Susana Krause		J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Alejandra León		P	P	P	J	J	P	J	J	P	J	J	P	J	J	P	J	J	P	/	/
8	Ana Luisa Badilla		J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J
9	Ma Soledad díaz		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Patricia Hinojosa		P	P	P	J	P	P	J	J	P	J	P	P	J		P	P	P	P	P	P
11	Lorena Sommerfield													P	P	P	P	P	P	P	P	J
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	9	8	6	9	9	7	7	8	6	8	7	7	8	9	8	8	7	7	6

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
19-3-25	Organizaciones comunitarias

F. TERMINO	PROGRAMA
28-11-25	Talleres recreativos y de desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Yoga	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Fernando Ramírez	Lunes de 11:15 a 12:15 y Jueves de 13:15 a 14:15

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			17	20	24	27	31	3	7	10	14	17	21	24	28	5	8	12	15	19	22	26
			3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
			25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	Sara Nuñez /		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	O	P	J	J	J	J
2	Aurora Luco /		P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	J	J	P	O	P	P	P	J	J
3	Marichen Caucao /		P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	O	P	P	P	P	O
4	Mercedes Muñoz /		P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	O	P	P	P	P	P
5	Caterina Arce		J	J	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	J	J	O	J	J	J	J	J
6	Patricia Rodriguez /		J	P	P	J	P	J	J	J	P	J	J	P	P	J	O	J	J	J	J	J
7	Rosita Da costa /		J	J	J	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	O	P	P	J	J	J
8	Luis Maturana /		J	P	J	/	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	O	P	P	P	J	J
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		5	6	6	2	5	4	6	2	7	5	5	4	5	6		6	5	4	3	2

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17-3-25	Gestión de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
27-11-25	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17-3-2025	Gestión de Talleres

F. TÉRMINO	PROGRAMA
27-11-2025	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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
	7	11	14	18	18	21	25	28	1	4	8	11	15	22	25	29	1	6	9	13
	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10
	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
1	J	|	P	P	J	P														
2	J	|	P	J	J	P														
3	J	|	A	J	J	J														
4	P	|	P	J	J	P														
5	J	|	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	P	|	P	P	P	J														
7	J	|	J	J	J	J														
8	J	|	P	P	P	J														
9		I			C															
10		C			L															
11		L			A															
12		S			S															
13		E			E															
14		S			R															
15		U			E															
16		S			C															
17		P			U															
18		E			P															
19		N			E															
20		D			R															
21		I			A															
22		D			d															
23		A			A.															
24																				
25																				
	2	1	6	3	2	3	3													

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

FIRMA PROFESOR