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 MONICA MARIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	AMIGURUMI BASICO	LUN 17:30-19:30	---	[redacted]	5
T.2	AMIGURUMI BASICO	MAR 17:30-19:30	---	[redacted]	4
T.3	AMIGURUMI BASICO	MAR 15:00-17:00	---	[redacted]	6
T.4	MACRAME BASICO	JUE 17:20-19:20	---	[redacted]	5
T.5	MACRAME BASICO	LUN 11:45-13:45	---	[redacted]	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	En la técnica de Amigurumi al trabajar con patrones es relativamente fácil para la alumna una vez q entienden las bases de la técnica. Mi trabajo es entregar material, revisar el contenido y corregir la labor
T.2	Generalmente lo más interesante es la lectura de patrones y en eso estamos con el grupo En la técnica de Amigurumi al trabajar con patrones es relativamente fácil para la alumna una vez q entienden las bases de la técnica. Mi trabajo es entregar material, revisar el contenido y corregir la labor
T.3	Las coloridas hebras y las combinaciones permiten q cada patrón sea definido por cada alumna En la técnica de Amigurumi al trabajar con patrones es relativamente fácil para la alumna una vez q entienden las bases de la técnica. Mi trabajo es entregar material, revisar el contenido y corregir la labor
T.4	Están avanzando en sus labores para realizar terminaciones como el endurecimiento de los trabajos, de tres maneras distintas, con laca, con cola fría y con cola maicena
T.5	En esta técnica el calculo para cortar el material es lo más difícil de entender y lograr por eso se realiza en varias clases viendo las variantes que aparecen

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 MONICA MARIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	MACRAME BASICO	MIE 15:00-17:00	---	[redacted]	4
T.7	MACRAME BASICO	LUN 15:00-17:00	---	[redacted]	4
T.8	MACRAME INTERMEDIO	VIE 17:30-19:30	---	[redacted]	1
T.9	TEJIDO A CROCHET BASICO	MIE 11:45-13:45	---	[redacted]	7
T.10	TEJIDO A PALILLO BASICO	MIE 09:30-11:30	---	[redacted]	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Ya transcurrido varios meses de trabajo, les entrego patrones para interpretar lo aprendido, también estoy explicando nuevos nudos
T.7	Normalmente cuando se trabaja cualquier técnica se avanza con todos los talleres de manera similar Ya transcurrido varios meses de trabajo, les entrego patrones para interpretar lo aprendido, también estoy explicando nuevos nudos
T.8	Aquí está detenido el avance, hay casi nula asistencia de alumnas,
T.9	Expliqué terminaciones y la tercera prenda ya la terminaron. Iniciaron en este mes lectura de puntos directamente de una imagen y reconocieron puntos que usaran en la siguiente prenda
T.10	Tejido libre, guiado y explicado a cada alumna para aplicar conceptos entregados en el año, especial,emte canesú circular.

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 MONICA MARIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 12:00-14:00	---	[redacted]	5
T.12	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 09:00-11:00	---	[redacted]	4
T.13	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 11:15-13:15	---	[redacted]	6
T.14	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 11:45-13:45	---	[redacted]	7
T.15	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 17:45-19:45	---	[redacted]	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Este mes han avanzado en sus labores. Para quienes terminaron he explicado costuras diferentes para prendas tejidas a crochet
T.12	A palillos terminan labores pendientes del mes pasado y estoy explicando 4 tipos de costuras a realizar en la técnica de palillos
T.13	Enseño cuello redondo, pero tejido a parte de la prenda para luego coser, además a palillos terminan labores pendientes del mes pasado y estoy explicando 4 tipos de costuras a realizar en la técnica de palillos
T.14	En este mes inicio las clases de crochet a nivel muy básico, explicación y practica práctica de puntos a medida que van realizando el muestrario
T.15	Tejido libre, repetición de conceptos, avanzan con costuras laterales de acuerdo al punto orillo o punto deslizado

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 MONICA MARIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.16	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 09:30-11:30	---	[redacted]	5
T.17	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 09:15-11:15	---	[redacted]	5
T.18	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 15:00-17:00	---	[redacted]	4
T.19	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 09:30-11:30	---	[redacted]	4
T.20	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.16	Este grupo es uno de los más avanzado en cuanto al momento de tejer, sin embargo hicimos en conjunto reconocimiento de temas explicados. Detecté las debilidades y trabajamos en muestrario a palillos con esos temas
T.17	Avanzan en sus labores, profundizo el tema de canesú raglán BB. Enseño punto argolla ideal para mangas raglan.
T.18	Solicité material para comenzar chaleco a crochet en tejido liso o granny square están realizando muestras en paralelo para batablava
T.19	Continúan con el chaleco iniciado a principio de mes, realizan costuras laterales y de hombros, también terminaciones de cuello y escote a crochet en punto picot
T.20	

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 MONICA MARIA, 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 MONICA MARIA.

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

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

T.1	AMIGURUMI BASICO	LUN 17:30-19:30	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

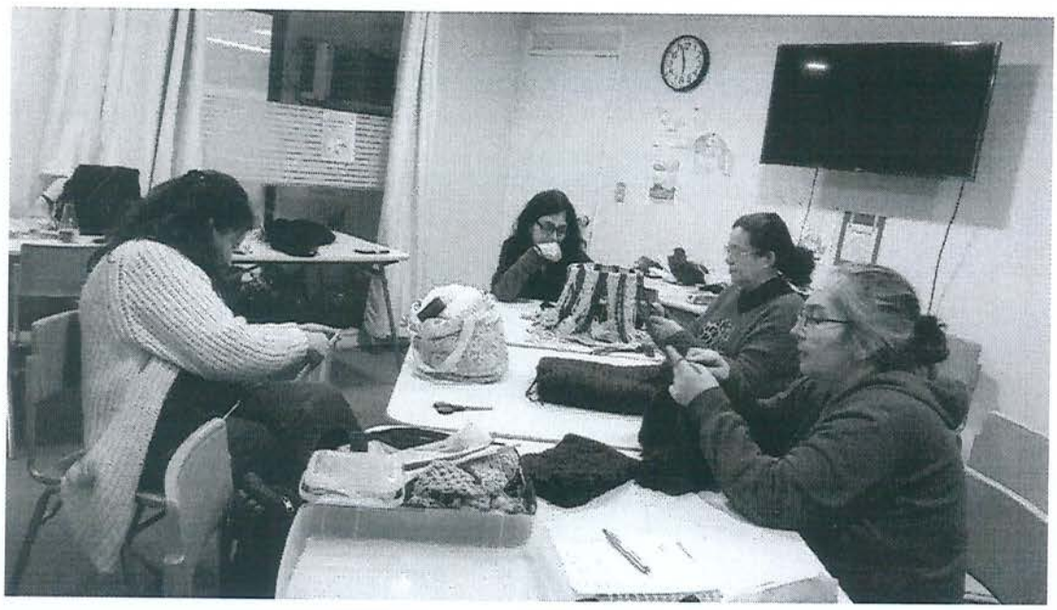
T.2	AMIGURUMI BASICO	MAR 17:30-19:30	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.3	AMIGURUMI BASICO	MAR 15:00-17:00	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.4	MACRAME BASICO	JUE 17:20-19:20	---	[redacted]



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.5	MACRAME BASICO	LUN 11:45-13:45	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.6	MACRAME BASICO	MIE 15:00-17:00	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.7	MACRAME BASICO	LUN 15:00-17:00	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.8	MACRAME INTERMEDIO	VIE 17:30-19:30	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.9	TEJIDO A CROCHET BASICO	MIE 11:45-13:45	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.10	TEJIDO A PALILLO BASICO	MIE 09:30-11:30	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.11	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 12:00-14:00	---	[redacted]	

Clase de Recuperación

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.13	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 11:15-13:15	---	[redacted]	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.14	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 11:45-13:45	---	[redacted]	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.15	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 17:45-19:45	---	[redacted]	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.16	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 09:30-11:30	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.17	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 09:15-11:15	---	[redacted]	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.18	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 15:00-17:00	---	[redacted]

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

T.19	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 09:30-11:30	---	[redacted]	

PLANILLA CONTR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Quinquirumi	Jardines de Apoquindo
NOMBRE DEL PROFESOR	**DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER**
Mónica Ramírez	Lunes 17 30 a 19 30

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	17/3/25	24/3/25	31/3/25	7/4/25	24/4/25	21/4/25	28/4/25	5/5/25	12/5/25	19/5/25	26/5/25	2/6/25	9/6/25	16/6/25	23/6/25	30/6/25	7/7/25	14/7/25	21/7/25	
Victoria Roa		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	
Cecilia Ríos		P	P	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Marta Lenz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	
Mª Luisa Robbson		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	
Sabina Ortiz Godoy		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Matilde Villa		J	P	P	/	P	J	J	/	/	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Claudia Ortiz		P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	/	/	J	/	/	/	/	/	
Daysi Chavez Barrios		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Ruth Lazo													P	P	P	J	J	P	P	P	

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/3/25	

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/25	

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)
	28/7/25	4/8/25	11/8/25	18/8/25																		
1	P	J	P	P																	SI	NO
2	I	I	I	I																	SI	NO
3	P	P	P	J																	SI	NO
4	P	P	P	P																	SI	NO
	P	P	P	P																	SI	NO
6	I	I	I	I																	SI	NO
7	I	I	I	I																	SI	NO
8	P	P	P	P																	SI	NO
9	J	P	P	J																	SI	NO
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	5	5	6	4																		

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

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

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mónica Ramírez	Martes 17:30 a 19:30 hrs.

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
	SESIONES / FECHA	18/3/25	25/3/25	1/4/25	8/4/25	15/4/25	22/4/25	29/4/25	6/5/25	13/5/25	20/5/25	27/5/25	3/6/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	8/7/25	15/7/25	22/7/25	
1	Cristina Ríos	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	
2	Rebeca Toste	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Mª Inés Hernandez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	
4	Ma Ignacia Monte	P	P	/	/	P	J	/	P	J	J	J	J	J	P	J	J	/	/	P	
5	Patricia Orancibia	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	Carolina Villarroel	P	P	P	P	J	P	P	J	/	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	
7	Antonia Jiménez				P	J	P	J	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
8	Mónica Amanda													P	P	P	J	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	6	6	5	6	4	6	5	5	3	4	5	4	5	7	6	4	4	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
18-03-25	

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11-25	

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Chi Funa	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Rosario Koenig	Martes 15 a 17 hs

	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	18/3/25	25/3/25	1/4/25	8/4/25	15/4/25	22/4/25	29/4/25	6/5/25	13/5/25	20/5/25	27/5/25	3/6/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	8/7/25	15/7/25	22/7/25	
1	Rita Díaz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	J	J	P	P	J	J	
2	Angelica Nasser		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
3	Xiomara Rothbein		P	J	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	
4	Aurora Anazzoni		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
5	Ligia Hernández		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	Sonia Vidal		J	P	/	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	
7	Ivette San Juan		J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	
8	Amaya Alberdi		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	
9	Oriana Calderon		P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	
10	Cecilia Ruiz				P	P	P	P	J	P	P	/	P	P	P	/	J	J	/	J	/	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	7	7	8	7	9	7	7	7	6	8	8	7	6	5	5	7	4	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	DEPARTAMENTO
17/3/25	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/25	

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

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

FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Quadrum R	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Maurice Ramos	17.30 19.30 Jueves

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
		22/3/25	27/3/25	3/4/25	10/4/25	17/4/25	24/4/25	1/5/25	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
Mª Eugenia Irarrazabal		P	P	P	P	P	P		J	P	P	J	P	Horario	P	J	J	P		
Patricia Quiad		P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P		P	J	P	P	No asiste	Recuperación
Cecilia Rios		P	P	P	P	P	P		J	P	J	P	P		P	J	J	P		
Claudia Ortiz		J	J	P	P	P	P	Feriado	J	P	P	P	J		P	P	P	P		
Margarita Quiroz		/	P	P	P	P	P		P	P	J	/	/	Horario	/	P	/	/		
Yasmin Ruffo					P	P	P		P	P	P	P	P		P	P	J	P		
Mª Inés Ordaiza												P	P		P	P	P	P		
Amparo Rogos																				
Lucia Salinas																				
Patricia Quiad																				
Mercedes Santoni																				
DE ASISTENTES POR SESION		3	4	5	6	4	6	0	2	5	4	5	5	0	5	3	3	5		0

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

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

F. INICIO		
17	3	25

F. TERMINO		
30	11	25

DEPARTAMENTO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : _____

(Con menos del minimo 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
	1/8/25	8/8/25	15/8/25	22/8/25																
1	✓	✓		✓																
2	✓	✓	FERIADO	✓																
3	✓	✓		✓																
4	✓	✓		✓																
5	✓	✓		✓																
6	✓	✓		✓																
7	✓	✓		✓																
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	1	0	0	0																

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Mujeres Pancuna	H. de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mujeres Pancuna	Lunes 11 45 a 13 45 hr

	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
			17/3/25	24/3/25	31/3/25	7/4/25	14/4/25	21/4/25	28/4/25	6/5/25	12/5/25	19/5/25	26/5/25	30/6/25	2/6/25	9/6/25	16/6/25	23/6/25	30/6/25	7/7/25	14/7/25	21/7/25
1	Cecilia Castillano		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	
2	Ana Mª Lubillos		J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Mª Isabel Swet		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	J	
4	Mercedes Salcedo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	Pamela Flores		P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	
6	Mujeres Constan			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	
7	Emilia Tancan			P	P	P	P	J	P	/	J	J	J	J	J	J	J	/	/	/	/	
8	Mª Elena Flores							/	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	
9	Dali Pardo								P	P	P	P	P	P	J	P	/	J	P	P	P	
10	Rebeca Rojas																					
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		5	7	6	6	6	4	8	6	6	6	6	7	4	7	6	5	7	6	5	

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN " / " (SLACH) SÍ 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
17-03-25	

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11-25	

INSCRIPCION MINIMA : _____

(Con menos del minimo 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
	21/7/25	28/7/25	4/8/25	11/8/25	18/8/25															
1	P	P	P	P	P															
2	P	P	P	P	P															
3	P	P	P	P	P															
4	P	P	P	P	P															
5	J	J	J	J	J															
6	J	P	P	P	J															
7	J	J	P	J	J															
8	P	P	P	P	P															
9	P	P	P	J	J															
10					J															
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	6	7	7	6	4															

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Huacanui	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Monica Ramos	Miercoles 15 a 17ª

	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	19/3/25	26/3/25	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	21/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25	16/7/25		
1	Nuerta Rojas ✓		/	J	P	/	P	P	P	P	P	/		J	P	P	J	J	/	P	Ajo	
2	Fresalda Frias ✓		P	J	P	P	P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	P	P	P	Ajo	
3	Gloria Muñoz ✓		P	P	J	J	J	P	J	P	J	P		P	P	P	P	P	P	J	-	
4	Nuerta Rojas		/	/	/	J	/	/	/	/	/	J		/	/	/	/	/	/	/	P	
5	Doris Ka Concha ✓		J	P	P	J	P	P	P	P	P	J		P	P	J	J	P	P	P	E	
6	Sandra Astillo X		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/	#	
7	Ana M.ª Astillo ✓		P	P	P	P	P	P	J	J	J	P		J	J	P	J	P	J	P		
8	Veronica Rivera																		P	P		
9	Doris Rosales																					
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		3	3	4	2	4	5	3	4	3	P	0	3	4	4	2	4	4	4	0	

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	DEPARTAMENTO
17/3/25	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
20/11/25	

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 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
	23/7/25	30/7/25	13/8/25	13/8/25	20/8/25															
1	J	J	P	P	P															
2	P	P	P	J	J															
3	P	P	P	P	P															
4	I	I	I	I	I															
5	P	P	P	P	J															
6	I	I	I	I	I															
7	P	P	P	P	J															
8	J	I	J	J	I															
9			J	J	P															
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	3	4	5	4	3															

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Huerto Ramos	Los Descubridores

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Macarena	Lunes 15ºº a 17ºº

	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
			17/3/25	24/3/25	31/3/25	7/4/25	14/4/25	21/4/25	28/4/25	5/5/25	12/5/25	19/5/25	26/5/25	2/6/25	9/6/25	16/6/25	23/6/25	30/6/25	7/7/25	14/7/25		
1	Enriqueta Huerta		P	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/		
2	Josefina Pardo		P	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/		
3	Patricia Finday		P	P	P	J	P	J	P	P	P	/	P	P	P	P	Recuperada	P	P	P		
4	Dalia Pardo		P	J	J	P	J	P	P	J	P	P	P	J	J	J		J	P	P		
5	Carmen Parra		P	J	J	/	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		J	P	J		
6	Pilar Spronik		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P		
7	Angelica Vidal		P	P	/	/	/	/	/	J	J	J	P	P	P	P		P	J	P		
8	Ivonne Arce					P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J		J	P	J		
9	Claudia Faúndez									P	P	P	P	P	J	/		/	/	/		
10	Viviana Cortez																					
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	4	3	4	3	3	4	4	5	4	6	5	3	3	0	3	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
17/3/25	

F. TERMINO	PROGRAMA
30/4/25	

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)
	21/7/25	28/7/25	4/8/25	11/8/25	18/8/25																	
1	/	/	/	/	/																—	NO
2	/	/	/	/	/																NO	NO
3	J	P	P	P	P																SI	NO
4	P	P	P	J	J																SI	NO
5	/	J	J	J	J																SI	NO
6	P	P	P	J	P																SI	NO
7	P	P	P	P	P																NO	NO
8	J	J	J	J	J																SI	NO
9	/	/	/	/	P																	
10					P																	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	3	4	2	4	4																	

FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Macramé	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Monica Ramos	Viernes 17 30 19 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
		21/3/25	27/3/25	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	31/7/25	24/6/25	11/7/25	18/7/25	25/7/25
Jessica Tapia		/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
Lorena Bufan		P	P	P	P	Semana Santa	P	Cerrado	P	P	J	P	P	P		J	J	J	Recuperado	
Paulina Hazpulke		P	P	P	J		P		P	P	P	P	/	/		/	/	/		3/ alumnos
Lucia Sarli Dos		P	P	P	P		J		J	P	P	J	J	J		J	J	J		
Amparo Lago		P	P	J	/		J		P	P	P	J	P	P	Feriado	Recuperado	P	P		
Mercedes Latorre		P	P	P	P		J		P	P	P	J	P	P			P	P		
Claudia Flores		J	J	J	J		/	/	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/		

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/3/25	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/25	

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
	31/7/25	7/8/25	14/8/25																	
1	S	P	P.																	
2	S	S	P																	
3	S	P	P.																	
4	S	P	P																	
5	S	S	P																	
6	S	P	P.																	
7	S	P	S.																	
8	P	P	P																	
9		P	P.																	
10		S	P																	
11			P.																	
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	9	6	8																	

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Crochet	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Monica Ramirez	Miercoles 11hs a 13hs

	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	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	29/4/25	7/5/25	14/5/25	21/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25	16/7/25	23/7/25	30/7/25	6/8/25	13/8/25
1	Ana María Lebillos		J	J	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/
2	Cecilia Leiston		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/
3	Rafaela Mª Pranda		P	P	P	P	P	J	P		P	J	J	P	P	J	J	P	J	J	P	P
4	Cristina Blanden		/	/	/	/	/	/	/	FERIADO	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/
5	Carla Gutiérrez		P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P
6	Berta Elizondo		P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P
7	Ximena Gonzalez		/	P	P	P	P	P	P		P	P	J	J	P	/	J	P	P	/	/	/
8	Ximena Uriz		/	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	FERIADO	P	P	P	P
9	Yasna Rifo				P	J	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P		J	P	J	P
10	Claudia Ortiz										P	J	P	J	P	P	P		P	P	P	P
11	Mª Inés Bedoya										P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P
12	Doris González																			/	P	P
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		4	6	8	6	7	6	7	0	9	7	6	6	7	5	6	0	5	5	7	8

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	DEPARTAMENTO
1/4/25	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
11/4/25	

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	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
	20/8/25																					
1	/																				—	NO
2	/																				—	—
3	R																				NO	NO
4	/																				NO	NO
5	R																				—	—
6	R																				NO	NO
7	/																				SI	NO
8	R																				—	—
9	R																				NO	NO
10	R																				NO	NO
11	R																				NO	NO
12	R																					
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7																					

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Tejido	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Monica Ramos	miere. 9:30 a 11:30

	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	19/3/25	26/3/25	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	21/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25	16/7/25	23/7/25	
1	Orilyn silva		/	J	P	J	P	/	P	J	P		J	P	P	J	J	J	J		P	
2	Mª Isabel Bravo		/	J	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	O	P	
3	Cecilia Leighton		P	J	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	/	P	J	J	P	
4	Guadalupe del Fierro		J	J	J	/	/	/	/	/	/	P	/	/	/	/	/	/	/	P	/	
5	Graciela Vera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	J	
6	Jacqueline Toro		P	P	P	P	P	P	P	P	P	FERIADO	P	J	P	P	P	J	P	P	P	
7	Soledad Bore		P	J	P	P	P	P	P	J	P		J	J	J	P	P	P	J	J	P	
8	Rafaela Muñando		/	J	/	P	/	/	/	J	J		J	J	J	J	J	J	J		/	
9	Lucrecia Herrera		P	P	P	P	J	J	P	P	P	/	P	P	P	/	J	J	P		P	
10	Jimena de la Fuente		P	/	P	P	P	P	P	P	P		P	/	P	P	/	P	J		P	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	3	7	7	6	6	8	6	8	/	6	6	7	6	4	5	5	0	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/3/25	

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/25	

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Tejido a palillo y crochet.	J.V Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mónica Ramírez	Viernes 12:00 a 14:00 hrs.

	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	20/6/25	27/6/25	4/7/25	11/7/25	18/7/25	25/7/25		
1	Fanny Ortega		J	/	P	/	Santa	P	P	J	/	P	P	P	/	P	J	P	.	P		
2	Mª Isabel Suett		/	/	J	/	/	/	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/		
3	Rebeca San Martin		P	P	J	P		J	/	P	J	P	J	J	O	J	P	P	P	P		
4	Deliz Pardo		J	J	J	J		J	P	P	P	D	J	J	D	P	P	P	P	P		
5	Gabriela Ureta		/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/	A	/	/	/		/		
6	Silvia Finsdri		P	P	P	P		P	J	/	/	/	/	/	FERIA	/	/	/	PB	/		
7	Mª Elena Figueroa		P	P	J	J		J	J	J	J	J	J	P		J	J		P	P		
8	Mª Isabel Suett		J	J	/	/		/	/	/	/	/	/	/		/	/	/		/		
9	Veronica Costa									P	P	J	P	J		P	P	P		P		
10	Andrea Chávez									P	P	P	/	P	/	/	P	/		P		
11	Andrea Muñoz									P	P	P	P	P		J	P	P		P		
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		3	4	2	2	0	2	3	5	4	5	4	3	0	4	5	5	0	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
21-03-25	

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11-25	

INSCRIPCION MINIMA : 8

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Tejido	Los Descubridores [redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Monica Ramirez	jueves 9:00 a 11:00

	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	17/4/25	24/4/25	1/5/25	8/5/25	15/5/25	22/5/25	5/6/25	12/6/25	19/6/25	26/6/25	3/7/25	10/7/25	18/7/25	24/7/25	31/7/25	
1	Cecilia Velazquez		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	
2	Macarena Herrera		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J		P	P	
3	Bernardita Fuentes		P	P	P	P	J	P		P	P	P	J	J	P	J	P	J	J	P	P	
4	Josefina Paulo		P	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	
5	Eliana Bulté		P	P	P	P	P	P	J	J	J	/	/	/	J	J	J	J		J	/	
6	Rosa Barrientos		P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	Descubrerz	P	P	
7	Magdalena Labra		J	J	P	P	P	P	Feriado	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	
8	Sally Pardo							P		P	P	P	J	P	P	P	P	P		P	P	
9	Victoria Parelló																					
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	6	7	6	5	8	0	6	7	7	6	5	7	6	7	5	0	7	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Tejido	Los Trabajadores

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Monica Ramos	Jueves 11'5 13'5

	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	20/3/25	27/3/25	3/4/25	10/4/25	17/4/25	24/4/25	1/5/25	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	18/7/25	24/7/25	31/7/25
1	Patricia Gordoy		P	J	/	/	P	J		P	/	P	P	J	P	J	P	J	/		P	P
2	Mirosława Oltzewicz		P	P	P	J	P	P		P	P	J	P	J	P	P	P	J	J		P	P
3	Monica Trujillo		P	P	P	J	P	P		J	J	J	J	P	P	P	P	P	J		P	J
4	Mª Olga Traub		P	P	P	J	J	J		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P
5	Juanita Videla		P	J	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P
6	Beatriz Escalda		P	P	P	/	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J
7	Beatriz Cortañeda		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P
8	Jessy Makliant				P	P	P	P		P	P	P	J	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		7	5	7	3	7	6	0	7	6	5	6	6	8	7	8	6	5	0	8	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
17/3/25	

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/25	

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Tejido	Colon 4000 [redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Monica Ramirez	Martes 11 45 a 13 45

	NOMBRE 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	18/3/25	25/3/25	1/4/25	8/4/25	15/4/25	22/4/25	29/4/25	1/5/25	9/5/25	13/5/25	20/5/25	27/5/25	3/6/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	8/7/25	15/7/25	
1	Mª Cristina Blander		/	/	P	P	P	P	J		J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	
2	Isabel Ochoa		P	P	P	P	P	P	P		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	Veronica Moreno		/	P	P	P	P	P	P	O	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	Patricia Beff		P	P	P	P	P	P	P	J	P	/	P	J	P	/	P	P				
5	Carmen de la Zota		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	/	J	P	P	P	P	P	
6	Ivette Saint Jean		J	P	P	J	J	J	P	_	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	
7	Erika Cortes		J	J	J	P	J	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	J	J	P	P	
8	Vilma Naranjo								P	E	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	
9	Mª Rosa Gonzalez								P	F	/	P	/	P	P	P	P	/	/	P	P	
10	Betty Quiroz																					
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		3	5	6	6	5	6	8	/	6	5	6	6	8	8	8	5	5	8	7	

MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (SLASH) 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Tejido a palillo y crochet	J.V. Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mónica Ramírez	Lunes 9:30 a 11:30 hrs.

	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
			17/3/25	24/3/25	31/3/25	7/4/25	14/4/25	21/4/25	28/4/25	5/5/25	12/5/25	19/5/25	26/5/25	2/6/25	9/6/25	16/6/25	23/6/25	30/6/25	7/7/25	14/7/25		
1	Carmen Cuneo		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
2	Luciana Alvarez		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Fanny Ortega		P	P	/	P	P	/	/	/	/	P	P	P	P	/	/	/	P	J		
4	Cecilia Castillero		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P		
5	Soledad Alvarez		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	J	J		
6	Mercedes Salvado		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	Dalia Pando		J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P		
8	Paz Pelaez Flores		P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
9	Juanita Letelier							P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	5	5	5	5	6	4	4	5	3	4	3	5	4	4	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Tejido a palillo y crochet	J.V. Horizontes de Apoquindo

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mónica Ramirez	martes 9:15 a 11:15 hrs

	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	24/3/25	1/4/25	8/4/25	15/4/25	22/4/25	29/4/25	6/5/25	13/5/25	27/5/25	3/6/25	10/6/25	17/6/25	24/6/25	1/7/25	8/7/25	15/7/25	22/7/25		
1	Cecilia Castellaro		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	
2	Juana Mª Rebellos		J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	
3	Mª Isabel Sweet		P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	
4	Mercedes Salcedo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	
5	Patricia Adonel		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
6	Veronica Figueroa		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	
7	Paulina Baeria		P	P	P	P	P	P	P	J	P	/	P	P	J	P	P	/	/	J	J	
8	Ivonne Baez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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		6	6	7	7	6	6	6	5	6	3	4	5	5	6	7	6	4	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 CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
18-03-25	

F. TERMINO	PROGRAMA
30-11-25	

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

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Tejido	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Mónica Ramírez	Viernes 15⁰⁰ a 17⁰⁰

	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	4/4/25	11/4/25	18/4/25	25/4/25	1/5/25	9/5/25	16/5/25	23/5/25	30/5/25	6/6/25	13/6/25	20/6/25	27/6/25	4/7/25	11/7/25	25/7/25	18/8/25	22/8/25	28/8/25	15/8/25
1	Veronica Astaburuaga		P	P	Semana	P		feriado	P	P	P	P	P		J	P	P	J	FERIADO	J	J	
2	Luz Mª Alvarez		P	P	Santa	P			P	P	P	P	P		P	P	P	J		P	P	
3	Jenny Niaren		P	P		P			J	P	P	P	P		P	P	P	P		P	/	
4	Ruth Zurbuchen		P	P		P			P	P	P	P	P		J	P	P	J		P	P	
5	M.C. Bühler		P	/		J			P	J	J	P	P		J	J	P	P		P	P	
6	Kate Kurtcher		J	P		J			P	P	P	P	P		P	J	P	J		J	J	
7	Sara Valdebenito		/	P		P			P	P	/	P	P		P	P	J	P		P	P	
8	Isabel Ochoa								P	P	P	P	P		P	P	P	P		P	J	
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	6	/	5	/	/	7	7	6	8	8	/	5	6	7	4	0	6	4	0

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	DEPARTAMENTO
17/3/25	

F. TERMINO	PROGRAMA
30/3/25	

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)
	4/3/25	8/3/25	22/3/25																			
1	P	P	P																		SI	NO
2	P	P	P																		SI	NO
3	J	P	I																		SI	NO
4	J	J	P																		SI	NO
5	P	J	P																		SI	NO
6	J	J	I																		SI	NO
7	I	I	J																		NO	NO
8	I	J	P																		SI	NO
9			P																			
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	7/3/6																					

FIRMA PROFESOR