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	ZAMORANO PEREZ SANDRA YOLANDA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ACONDICIONAMIENTO FISICO	LUN 17:15-18:15	VIE 17:15-18:15	[redacted]	5
T.2	BAILE ENTRETENIDO	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15	[redacted]	6
T.3	BAILE ENTRETENIDO	LUN 18:30-19:30	VIE 18:30-19:30	[redacted]	5
T.4	BAILE ENTRETENIDO	LUN 16:00-17:00	VIE 16:00-17:00	[redacted]	5
T.5	BAILE ENTRETENIDO	MAR 12:00-13:00	JUE 12:00-13:00	[redacted]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se Trabajan movimientos de columna como flexiones laterales y rotaciones.
T.2	Mediante coreografías faciles de seguir desarrollamos memoria muscular y coordinación.
T.3	Al finalizar la clase se dedica tiempo para estirar los musculos y así evitar lesiones.
T.4	Exploración de distintos ritmos musicales (salsa, tango, cha cha, cumbia etc. mediante el baile.
T.5	Calentamiento y movilización de todos los planos articulares.

Firma prestador de los servicios	Sandra Zamorano.

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	ZAMORANO PEREZ SANDRA YOLANDA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PILATES	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	[redacted]	6
T.7	PILATES	MAR 10:30-11:30	JUE 10:30-11:30	[redacted]	7
T.8	PILATES	LUN 14:00-15:00	MIE 14:00-15:00	[redacted]	7
T.9	PILATES	MAR 09:15-10:15	JUE 09:15-10:15	[redacted]	7
T.10	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	TRABAJO de ABDOMINALES Y ESPALDA CON MANCUERNAS, TRABAJO FUERZA.
T.7	FLEXIONES DE BRAZOS EN PARED. FUERZA DE BRAZOS Y PECHO.
T.8	EJERCICIOS ESPECIFICOS PARA TRABAJAR EL EQUILIBRIO Y LA COORDINACIÓN
T.9	TRABAJO DE RESPIRACIÓN Y CONCENTRACIÓN.
T.10	

Firma prestador de los servicios	Sandra Zamorano

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. ZAMORANO PEREZ SANDRA YOLANDA, 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. ZAMORANO PEREZ SANDRA YOLANDA.

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 CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
ACONDICIONAMIENTO FISICO 73	[redacted] SEDE AUCO

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO	LUNES Y VIERNES 17:15 – 18:15 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
		FECHA	17/03/25	21/03/25	24/03/25	28/03/25	31/04/25	4/04/25	7/04/25	11/04/25	14/04/25	21/04/25	25/04/25	2/05/25	5/05/25	9/05/25	12/05/25	16/05/25	23/05/25	26/05/25	30/05/25	
1	MONICA ADAUY		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	A	P	P	A	A	P	P	J	
2	ELIANA CALDERON		P	P	A	J	J	J	J	P	P	P	J	P	J	J	P	A	J	J	J	
3	VIOLETA CAIE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	J	J	J	
4	Mª INES CASTRO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	J	P	A	J	J	J	
5	MILAGRO ECHEVERRIA		P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	A	A	P	J	P	
6	SILVIA FUENZALIDA		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
7	PATRICIA VARGAS		J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	A	P	P	
8	MAGDALENA CALDERON		P	P	A	P	P	P	P	J	P	A	P	P	P	J	P	A	P	P	P	
9	carmen sanhueza.																	P	P	P	J	
10	Mariana POBLETE											P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	7	4	6	6	5	6	5	6	5	4	6	6	3	5	2	4	4	3	

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

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
MARZO	DEPORTES

F. TERMINO	PROGRAMA
NOVIEMBRE	TALLERES RECREATIVOS Y DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 10
(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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	2/06/25	6/06/25	9/06/25	13/06/25	16/06/25	23/06/25	27/06/25	30/06/25	4/07/25	7/07/25	11/07/25	18/07/25	21/07/25	25/07/25	28/07/25	1/08/25	4/08/25	8/08/25	11/08/25	18/08/25						
1	J	A	P	P	J	P	J	P	J	P	P	P	J	J	P	J	J	J	P	J					SI	SI
2	P	A	P	J	P	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					SI	NO
3	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J					SI	SI
4	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	A	J					SI	SI
5	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	P					SI	SI
6	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J					SI	NO
7	J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J					SI	NO
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P					SI	SI
9	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	A	A	A	A	J	P	J	P	J					SI	NO
10	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P					SI	NO.
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										
	4	5	7	7	5	6	4	8	5	6	5	6	4	6	7	7	6	4	8	4						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BAILE	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO.	LUNES y miercoles 10 a 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
			25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25		
			17/03	19/03	24/03	26/03	31/03	2/04	7/04	9/04	14/04	16/04	21/04	23/04	28/04	30/04	5/05	7/05	12/05	14/05		
1	NOIA PUENTE ALBA		A	A	A	A	A	A	J	J	P	J	J	J	J	J	J	P	J	P		
2	ISABEL PANTOJA		P	D	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P		
3	ANITA YUDETENICH		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	PATRICIA GONZALEZ		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5	ROSSANA IANACLI		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P		
6	ISABEL TORREALBA		P	P	P	A	P	P	R	e	T	I	R	E	//	/	J	/	/			
7	SANDRA MEDINA		P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	J	P	P		
8	EUGENIA ROJAS		A	A	P	P	P	J	A	J	J	A	A	J	J	J	J	J	P	P		
9	MONICA ZAPATA											P	J	J	J	P	P	A	P	P		
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	5	7	6	7	5	5	4	4	6	5	4	4	4	5	5	7	8		

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
15 MARZO	Gestión de Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOV	Talleres recreativos y de salud

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)
		26/05/25	28/05/25	02/06/25	04/06/25	09/06/25	11/06/25	16/06/25	18/06/25	23/06/25	25/06/25	30/06/25	02/07/25	07/07/25	09/07/25	14/07/25	21/07/25	23/07/25	28/07/25	30/07/25		
1		J	P	J	P	J	P	J	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	J	J	SI	SI
2		P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
3		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
4		P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
6		P	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	—	—
7		P	J	J	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	SI	SI
8		J	J	J	P	P	J	P	J	P	J	P	P	J	P	J	J	J	P	P	SI	SI
9		P	P	P	J	P	J		J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	NO	NO.
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
		7	6	5	6	7	5	4	5	5	3	7	8	6	8	7	7	6	6	4		

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BAILE	TORRE 4 PIEMINO

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO	LUNES Y VIERNES 18:30 – 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	20
			17/03/25	21/03/25	24/03/25	28/03/25	31/03/25	4/04/25	7/04/25	11/04/25	14/04/25	21/04/25	25/04/25	28/04/25	2/05/25	5/05/25	9/05/25	12/05/25	16/05/25	23/05/25		
1	FELIGNRA SALAMANCA		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	J		
2	MARITZA SOTO		J	P	A	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J		
3	MERCEDES BONATI		J	J	A	A	P	A	P	J	A	A	A	A	A	J	A	/	A	J		
4	ZORAIDA ARANGO		P	A	P	J	J	J	J	J	A	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	
5	CLAUDIA ORDENES		P	A	P	A	P	P	P	A	A	J	J	A	J	J	A	J	J	J		
6	NATASHA ARANCIBIA		A	P	A	P	A	A	P	J	A	P	J	J	J	J	A	P	J	J		
7	PATRICIA VELASCO		A	P	P	P	P	P	A	J	A	J	J	A	J	P	A	/	/	/	/	
8	ELIZABETH OÑATE		A	A	A	A	P	A	P	P	A	A	P	A	P	P	P	A	J	P		
9	CLAUDIA LOPEZ		P	P	P	A	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
10	PAULA LE RELIER		P	P	A	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P		
11	SOLEDAD ZELAYA		A	P	P	P	P	P	P	J	A	/	/	/	/	/	A	A	R	R		
12	ANGELA MATELUNA																					
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	7	6	6	7	7	8	5	3	0	0	5	3	7	4	5	4	3		

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
marzo	DEPORTES

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
noviembre	talleres recreativos y desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	26/05/25	30/05/25	02/06/25	06/06/25	09/06/25	13/06/25	16/06/25	23/06/25	27/06/25	30/07/25	07/07/25	11/07/25	14/07/25	18/07/25	21/07/25	25/07/25	28/07/25	1/08/25	4/08/25	7/08/25
1	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	P	P
2	P	P	P	P	A	P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
3	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	J
5	J	P	P	P	A	A	J	J	J	P	P	A	J	P	P	P	P	P	J	A
6	A	P	J	J	A	A	A	A	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	P	J
7	A	/	/	/	/	A	A	A	/	/	A	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	P	A	P	A	A	A	A	A	A	P	A	A	P	P	A	A	P	P	J	A
9	A	A	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	A	A	P	P	P	P
10	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	A	P	P	P	A	P	J	P
11	R	R	R	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12										P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	4	4	4	4	3	4	3	3	5	0	5	3	1	5	4	4	0	0	5	4

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
BAILE ENTRETENIDO	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO	LUNES-VIERNES 16:00 - 17:00 - Hrs.

	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	17/03/25	21/03/25	24/03/25	28/03/25	31/03/25	4/04/25	7/04/25	14/04/25	21/04/25	28/04/25	2/05/25	5/05/25	9/05/25	12/05/25	15/05/25	23/05/25	26/05/25	30/05/25		
1	CARMEN MADRID		A	A	P	A	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P		
2	MILAGRO ECHEVERRIA		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	J	P	P	J	J		
3	MARIANA POBLETE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J		
4	Mª HELENA TAPIA		A	A	P	P	P	J	J	A	A	A	J	J	P	P	P	P	P	P		
5	MARLEN INES CASTRO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J		
6	LUZ GATICA		P	P	P	A	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P		
7	MAGDALENA CALDERON		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P		
8	SOFIA ABRIGO		A	P	A	A	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	J	P		
9	IRMA VELIZ		A	A	A	P	P	A	A	A	P	P	J	J	P	A	A	P	J	J		
10	GLADYS SAAVEDRA		A	A	A	A	J	A	A	A	P	P	P	P	A	A	A	J	A	P		
11	VIOLETA CAIE		A	P	A	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P		
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	7	7	7	9	7	8	6	9	10	8	8	5	6	6	5	2	7		

F. INICIO	DEPARTAMENTO
15 MARZO	DEPORTES

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30 NOV.	TALLERES RECREATIVOS Y DESARROLLO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 10

(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
	02/06/25	06/06/25	09/06/25	13/06/25	16/06/25	23/06/25	27/06/25	30/06/25	04/07/25	07/07/25	11/07/25	14/07/25	18/07/25	21/07/25	25/07/25	28/07/25	1/08/25	4/08/25	8/08/25	11/08/25
1	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	A	J	J	J	J	/	/	/
2	P	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	A	P	J	J	J	J	J	J
3	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	J	J	A	A	A	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	P
5	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J
6	J	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	J	J	P	P	P
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
8	P	P	A	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	J	P	J
9	J	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	A	A
10	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
11	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	P	A	P	P	J	J	J	J
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
	6	3	5	8	8	5	7	6	5	6	6	6	6	8	7	7	5	6	5	5

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
BAILE	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO	martes y JUEVES 12:00 -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
		FECHA	5/8/25	7/8/25	12/8/25	14/8/25	19/08/25	21/08/25														
1	CLAUDIA LANDARELA		J	P	P	P	P	P														
2	Beatriz MINAVELLI		P	P	P	P	P	P														
3	Maria Graham		P	P	P	P	A	P														
4	CRISTINA DIAZ		J	P	P	P	J	P														
5	PATRICIA VARGAS		P	P	P	P	P	P														
6	SANDRA MEDINA		J	P	P	P	P	P														
7	M SOLEDAD MELLA		P	P	P	P	P	P														
8	MAGDALENA VIO		P	P	P	P	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	8	8	8	6	7														

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
MAYO	GESTION TALLERES

F. TERMINO	PROGRAMA
NOV.	TALLERES RECREATIVOS

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CON.

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
PILATES	ZANZIBAR. PON.

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO	LUNES Y MIERCOLES 9AM.

	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	17/03/25	19/03/25	24/03/25	26/03/25	31/03/25	2/04/25	7/04/25	9/04/25	14/4/25	16/04/25	21/04/25	23/04/25	28/04/25	30/04/25	6/05/25	7/05/25	12/05/25	14/05/25	19/05/25	
1	EUGENIO CASTILLO		J	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	P	J	J	P	P	
2	CRISTINA DIAZ		P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	ELENA HERRERA		P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4	SANDRA MEDINA		P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	
5	MIRENTXU OMEÑACA		P	P	J	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6	M. MACARENA RODRIGEZ		J	P	J	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	/	/	/	/	/	/	/
7	CRISTINA UVIBE		A	P	P	A	J	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
8	ANINA YURELEVICH		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
9	CONSTANZA SIEBALD.		A	P	A	A	/	/	/	/	/	/	/	/	A	/	/	/	/	/	/	
10	FRANKLIN SALINAS																	A	P	P	P	
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	8	5	6	5	7	4	7	4	6	7	6	7	7	7	5	7	8	8	

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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
15 MARZO	DEPORTES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOV	TALLERES RECREATIVOS.

INSCRIPCION MINIMA : 6
(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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
		26/05/25	28/05/25	2/06/25	04/06/25	09/06/25	11/06/25	16/06/25	18/06/25	23/06/25	25/06/25	30/06/25	02/07/25	07/07/25	09/07/25	14/07/25	21/07/25	23/07/25	28/07/25	30/07/25	4/08/25	6/08/25	11/08/25	13/08/25		
1		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	SI	SI
2		P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
3		P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	SI	SI
4		P	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	SI	SI
5		P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	P	NO	NO
6		/	P	/	/	—	—	—	—	—	—	—	—	Retirado				24/7				/	/	/	—	—
7		P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	J	NO	NO
8		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	SI	SI
9		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	—	—
10		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	SI	NO
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										
		8	7	6	8	8	7	5	7	8	6	7	6	8	7	7	7	8	5	5	7	5	7	6		

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
PILATES	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO	MARTES - JUEVES 10:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			18/3/25	20/3/25	25/03/25	27/03/25	1/04/25	3/04/25	8/04/25	10/04/25	15/04/25	17/04/25	22/04/25	24/04/25	6/05/25	8/05/25	13/05/25	15/05/25	20/05/25	22/05/25		
1	CARLOS CASTRO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J
2	CECILIA GONZALEZ		A	P	P	A	P	P	P	P	A	P	P	A	J	J	P	J	J	J		
3	M. PAZ Herrera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J		
4	ROSSANA IANNACI		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P		
5	ANDREA MIGLIARO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P		
6	SILVA Pereira		A	A	A	A	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J		
7	MAGDALENA VIO		P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P		
8	ANTONIETA RODRIGUEZ		P	P	P	P	P	J	P	A	A	J	J	J	R	/	/	/	/	/	/	
9	BEATRIZ TOGNARELLI															P	P	P	P	P		
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	7	7	6	7	7	8	6	6	5	7	5	5	6	7	5	6	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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
15 MARZO	DEPORTE

F. TERMINO	PROGRAMA
30 nov	Talleres recreati

INSCRIPCION MINIMA : 6

(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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
		27/05/25	29/05/25	03/06/25	05/06/25	10/06/25	12/06/25	17/06/25	19/06/25	24/06/25	26/06/25	1/07/25	03/07/25	08/07/25	10/07/25	15/07/25	17/07/25	22/07/25	24/07/25	29/07/25	31/07/25	05/08/25	7/08/25	12/08/25		
1		J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
2		J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	J	A	A	A	J	J	J	J	J	J	J	SI	
3		J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
4		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
5		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
6		J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	A	P	J	J	P	P	P	P	P	SI	NO
7		P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	NO	NO
8		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	—	—
9		P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										—
24																										
25																										
		4	5	6	7	6	3	4	4	6	5	6	7	7	7	6	7	6	6	7	7	7	7	7		

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
PILATES	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
CANDIA ZAMORANO	LUNES y miercoles 14 a 15 HRS

	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	17/03/25	19/03/25	24/03/25	26/03/25	31/03/25	2/04/25	7/04/25	9/04/25	14/04/25	16/04/25	21/04/25	23/04/25	28/04/25	5/05/25	7/05/25	12/05/25	14/05/25	19/05/25		
1	CARVAJAL JAVIERA		P	A	J	P	P	P	J	P	J	P	J	P	J	J	J	A	P	J		
2	JOSEFINA CORNEJO		A	A	A	/	/	/	A	A	A	A	A	A	/	/	/	/	/	/		
3	ANA GALARZA		J	J	/	/	/	/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	MACARENA GARCIA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J		
5	JANET HABASH		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P		
6	CLAUDIA LOZANO		J	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	ANDREA MIDLIATO		P	P	A	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8	MARIA RIQUELME		A	P	P	P	P	P	P	P	P	A	J	P	P	P	P	P	J	J		
9	MARIA TORRES		P	P	A	J	A	A	A	A	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
10	CAROLINA VENEGAS		J	J	A	P	P	P	P	P	A	A	J	J	J	P	J	P	P	J		
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	5	3	7	7	7	6	7	4	7	6	7	6	7	5	7	7	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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17 MARZO	DEPORTES

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOV	TALLERES RECREATIVOS Y DESARROLLO

INSCRIPCION MINIMA : 10 .

(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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
		26/05/25	28/05/25	2/06/25	4/06/25	09/06/25	11/06/25	16/06/25	18/06/25	23/06/25	25/06/25	30/06/25	02/07/25	07/07/25	09/07/25	14/07/25	21/07/25	23/07/25	28/07/25	30/07/25	4/08/25	6/08/25	11/08/25	13/08/25		
1		P	J	J	J	P	P	J	P	P	J	P	P	J	J	J	P	J	P	P	J	P	J	J	NO	NO
2		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/		—	—
3		P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
4		P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	A	J	J	J	NO	NO
5		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
6		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	NO	NO
7		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
8		J	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	SI	NO
9		J	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	A	J	P	P	SI	SI
10		P	P	P	P	A	P	P	P	P	J	A	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	NO	NO
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										—
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										
		7	8	5	7	6	9	7	7	8	4	7	7	4	4	4	7	6	7	6	5	5	7	6		

Sandra Huenante

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
PILATES	[redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SANDRA ZAMORANO	MARTES Y JUEVES 9:15 - 10:15

	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	18/03/25	20/03/25	25/03/25	27/03/25	1/04/25	3/04/25	8/04/25	10/04/25	15/04/25	24/04/25	06/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	20/05/25	22/05/25	27/05/25			
1	ELIANA BILBAO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P			
2	SHEILA CESPEDES		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J			
3	PAOLA GONZALEZ		P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P			
4	SANDRA MEDINA		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	J	J			
5	RATICA SALAZAR		P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J			
6	SARA VILLABLANCA		P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P			
7	MONICA ZAPATA		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J			
8	MAGALY BOLIVAR		A	A	P	A	A	A	R	E	T	I	R	A	D	A	P	P	A			
9	MONSERAT Llorens																					
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	6	7	7	6	5	4	6	4	5	5	4	4	6	4	5	3			

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.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
15 MARZO	DEPORTE

F. TERMINO	PROGRAMA
30 NOV	TALLERES RECREATIVOS

INSCRIPCION MINIMA : 6

(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	41	42	43	44	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
		29/05/25	03/06/25	05/06/25	10/06/25	12/06/25	17/06/25	19/06/25	24/06/25	26/06/25	30/07/25	03/07/25	08/07/25	10/07/25	15/07/25	17/07/25	22/07/25	24/07/25	29/07/25	31/07/25	5/08/25	7/08/25	12/08/25	19/08/25		
1		P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
2		J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	SI
3		P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	NO	
4		P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	SI	SI
5		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	NO	NO
6		P	P	J	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	NO	NO
7		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	NO	NO
8		R	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	—	—
9													P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	SI	NO
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										—
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										
		5	5	2	4	5	4	4	4	4	4	4	7	7	7	7	5	6	7	7	6	7	8	8		

Sandra Jaramillo

FIRMA PROFESOR