

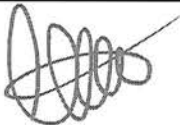
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	ZARATE MEDINA CAMILA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	INGLÉS AVANZADO	LUN 09:00-11:00	---	[REDACTED]	5
T.2	INGLÉS BÁSICO	MAR 09:00-11:00	---	[REDACTED]	6
T.3	INGLÉS BÁSICO	MAR 17:15-19:15	---	[REDACTED]	6
T.4	INGLÉS CONVERSACIÓN AVANZADO	LUN 11:30-13:30	---	[REDACTED]	6
T.5	INGLÉS CONVERSACIÓN BÁSICO	MIE 11:15-13:15	---	[REDACTED]	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Presente perfecto simple y Continuo, revisión y práctica de modal verbs Ejercicios y trabajo con Supplementary Book. Fonética, vocabulario y Gramática en contexto
T.2	Pasado simple en oraciones positivas, negativas y preguntas. Uso de auxiliares. Construcción de preguntas...-Libro Essential Grammar in Use. Canción What a wonderful world
T.3	Lectura libro :Short stories in English for beginners Capitulo The knight Verbos regulares e irregulares en pasado y participio.Fonética sonidos Sh/S y artículo The
T.4	Lectura : Fiodor Dostoievski " The dream of a ridiculous man" Vocabulario y estructuras en contexto. Análisis de la lectura y sus personajes
T.5	Conversación Childhood (niñez) - Vocabulario, análisis de preguntas y ejercicio prácticos

Firma prestador de los servicios	
---	---

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

Mes		AGOSTO	
Nombre	ZARATE MEDINA CAMILA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	INGLES CONVERSACION INTERMEDIO	VIE 11:15-13:15	---	██████████	6
T.7	INGLÉS CONVERSACION INTERMEDIO	MIE 09:00-11:00	---	██████████	5
T.8	INGLÉS INTERMEDIO	MAR 15:00-17:00	---	██████████	5
T.9	INGLÉS INTERMEDIO	JUE 11:10-13:10	---	██████████	6
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Lectura de temas de actualidad. - Conversación y juegos Vocabulario y estructuras en contexto, mediante diferentes dinámicas
T.7	Literatura universal Rudyard Kipling . Analisis del poema IF Biografía de Kipling y canciones de Cat Stevens y Alanis Morissette
T.8	Lectura : Eight short stories English for intermediate students / Capitulo 2 "a list of lies" Revisión y practica de verbos irregulares - Idioms y Verbos frasales
T.9	Lectura : Short Stories for beginners - Capitulo 3 The invisible woman
T.10	

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

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. ZARATE MEDINA CAMILA, 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. ZARATE MEDINA CAMILA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Zapies Avanzado

LUGAR DE EJECUCIÓN
La Castilla.

NOMBRE DEL PROFESOR
Camila Zúñiga

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Lunes 9 am.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				Mar, 17	Mar, 24	Mar, 31	Abr, 7	Abr, 14	Abr, 21	Abr, 28	May, 5	May, 12	May, 19	May, 26	Jun, 2	Jun, 9	Jun, 16	Jun, 23	Jun, 30	Jul, 7	Jul, 14	Jul, 21	Jul, 28
1 Blanca Paguero				J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P
2 Teresa Bastias				P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P		P	P	P	J	P	P
3 Claudia Paulus				P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P		P	P	J	J	P	P
4 M ^{te} Isabel Sweet				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P		J	P	P
5 Lucinda Nazario				J	J	P	J	J	J	J													
6 Patricio Opaño				P	T	J	J	J	P	P	P	J	P	P				J	J	J	J	P	J
7 Alberto Fariña				P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P				J	P	J	J	J	J
8 Jimena Labella													P	P	P	P		J	J	J	J	J	J
9 Alejandra Fariña																J		J	J	J	J	J	J
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Clase cancelada

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 <i>Angles Bónico</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>[Redacted]</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Cavila Zarate</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Monte 9am/11am</i>

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			1 de Mayo	2 de Mayo	3 de Mayo	4 de Mayo	5 de Mayo	6 de Mayo	7 de Mayo	8 de Mayo	9 de Mayo	10 de Mayo	11 de Mayo	12 de Mayo	13 de Mayo	14 de Mayo	15 de Mayo	16 de Mayo	17 de Mayo	18 de Mayo	19 de Mayo	20 de Mayo
1 Carmen Gloria Carrasco	P		P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	J	P	J	P	J	P
2 Lorena Castro	P		P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P
3 Vilma Nasanjo	P		P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P
4 Linder Nasanjo	P		P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P
5 Alejandra Alcarino	J		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Francisca Rivera	J		P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J	J	P	P	P	J	J	P	P
7 Alejandro Mujica	J		P	P	J	P	P	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
8 Beatriz Yara	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9 Marcela Valdera																					P	P
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA
talleres culturales comunitarios

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Inglés Básico	
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Concilia Zdrate	17.15. Martes.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18 de mayo	25 de mayo	1 de junio	8 de junio	14 de junio	22 de junio	29 de junio	6 de julio	13 de julio	20 de julio	27 de julio	3 de agosto	10 de agosto	17 de agosto	24 de agosto	31 de agosto	7 de septiembre	14 de septiembre	21 de septiembre	28 de septiembre
1	Alejandra Sanchez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Sergio Melloni	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Pamela Gonzalez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Sandra Castillo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Mónica Sandoval	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Paola Olavarría	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Libertad Paiva	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Clavio Williamson	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
9	Veronica Rivera	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
10	Isabel Aguirre	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	
---------------	--

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
T. Comunitarios culturales

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Inglés Avanzado

LUGAR DE EJECUCION
[Redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Monday 11.30 /

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				17th April	24th April	31st April	7th May	14th May	21st May	28th May	4th June	11th June	18th June	25th June	2nd July	9th July	16th July	23rd July	30th July	6th Aug	13th Aug	20th Aug	27th Aug
1	Ana M. Farías	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	R. Paz Vergara	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Verónica Jiménez	P																					
4	Mabel Dawabe	J		J	J	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5	Mariana Pontón	J		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6	Patricia Ruíz				P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Mabel Dawabe	J		J	J	P	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8	Agustín Zeller																						
9	Macarena Montero																		P	P	P	P	P
10	Julia Mora																		J	J	P	P	P
11	Jorge Figueroa																					P	
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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

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

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA
T. Culturales Comunitaria

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

Conversación Inglés Básico

NOMBRE DEL TALLER
Amula Zarate

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Miércoles 11.15 am.

Miercole 11.15 am.

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN												

MARQUE CON UNA "X" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASE

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
Marzo	Dep'to gestión talleres
F. TERMINO	PROGRAMA
Nov	

INSCRIPCION MINIMA :

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

[illegible][illegible]

~~FIRMA PROFESOR~~

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Conversación Intermedio

LUGAR DE EJECUCIÓN

[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR

Carila Zárate m.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Viernes 11.15 / 13.15

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				21 Mayo	28 de Mayo	4 de Junio	11 de Junio	18 de Junio	25 de Junio	2 de Julio	9 de Julio	16 de Julio	23 de Julio	30 de Julio	6 de Agosto	13 de Agosto	20 de Agosto	27 de Agosto	3 de Septiembre	10 de Septiembre	17 de Septiembre	24 de Septiembre	1 de Octubre
1 Patricia Muñoz				P	P																		
2 Julia Mora				P	J	P			P	J	J	J	J	J	J	J							
3 Cecilia Yaur				J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	
4 Mario Fernández				J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	
5 Mario Morales				P	P																		
6 Cecilia Gallo				J	J	J	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	
7 Hugo Méndezabal				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J										
8 Mónica Giacaman														P	P	P	J	J	P	P	P	P	
9 Isabel Aguirre																J	J	P	P	P	J	P	
10 Isabel Montañez																							
11 M ^{te} Angélica Dibarrant																	P	P	J	P	P	P	
12 Rene Andrade															J	J	J	J	P	J	J	J	
13 Jorge Figueroa																	P	P	P	P	P	P	
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

[Empty grid for number of assistants per session]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Conversación Intermediale

LUGAR DE EJECUCIÓN

[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR

Caniela Corate

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Miércoles a las

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				19 de marzo	20 de marzo	21 de marzo	22 de marzo	23 de marzo	24 de marzo	25 de marzo	26 de marzo	27 de marzo	28 de marzo	29 de marzo	30 de marzo	31 de marzo	1 de abril	2 de abril	3 de abril	4 de abril	5 de abril	6 de abril	7 de abril
1. Patricio Opazo	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Pedro Vera	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Claudia Paulus	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Blanca Papiero	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Daniel G. Gale	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Alberto Tarras	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. Lorena Rodriguez	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. M ^a Isabel Sweet	P			P	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.																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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. TERMINO
Noviembre

PROGRAMA

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

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Intermedio Inglés

LUGAR DE EJECUCIÓN
[Redacted]

NOMBRE DEL PROFESOR
Camila Zárate

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 18.00.

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18 de marzo	25 de marzo	1 de abril	8 de abril	15 de abril	22 de abril	29 de abril	6 de mayo	13 de mayo	20 de mayo	27 de mayo	3 de junio	10 de junio	17 de junio	24 de junio		8 de julio	15 de julio	22 de julio	29 de julio
1	Teresa Bastias			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		J		P	P	P	
2	Valeria Acuña			J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Alexandra Alcázar			J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	P	P
4	Valeria Ginesman			J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J
5	Vergara Rivera			J	J	P	J	P	P	P	J	P	J	P	J	J	J	J		P	J	J	J
6	M ^a Victoria Aliende			P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	J	J		J	J	J	P
7	Verónica Rivera			J	J	J	J	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8	Roxana Uribe (J)			J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P		P	J		
9	Flórica Valenzuela			J	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J
10	Aimara Ospina																						
11	Bernadita Corbin																						
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

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	
---------------	--

DEPARTAMENTO
Falleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
T. Culturales comunitarios

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Intermedio	

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Carolina Zárate	11.15 am Jueves

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				20 de marzo	27 de marzo	3 de abril	10 de abril	17 de abril	24 de abril	1 de mayo	8 de mayo	15 de mayo	22 de mayo	29 de mayo	5 de junio	12 de junio	19 de junio	26 de junio	3 de julio	10 de julio	17 de julio	24 de julio	31 de julio
1	Suzana Vera			P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
2	Monica Rejering			P	P	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3	Lorenza Castro			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	J
4	Patricia Castro			P																			
5	Sandra Homazabal			J	J	P	J	J	J	J	J	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P
6	Kenneth Fisher			J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P
7	Marta Prieto			J	J	J	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J
8	Olga Silva																						
9	Alb. Farías														P	J	P	P	J	J	J	J	J
10	Jimena Labeillo														J	J	J	J	J	J	J	J	J
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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
Claro

DEPARTAMENTO

Dpto. de talleres

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

F. TERMINO
Boni

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR