LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO

Nombre	COLOMER ARAVENA VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BISUTERIA AVANZADO	JUE 15:00-17:00	--	[redacted]	6
T.2	BISUTERIA INTERMEDIO	MAR 14:00-16:00	--	[redacted]	6
T.3	BISUTERIA INTERMEDIO	MAR 16:15-18:15	--	[redacted]	6
T.4	BISUTERIA INTERMEDIO	JUE 09:00-11:00	--	[redacted]	6
T.5	INTERVENCION TEXTIL BASICO	MAR 09:00-11:00	--	[redacted]	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	TEJIDO AROS CON MOSTACILLAS DELICAS MIYUKI - TECNICA LADRILLO
T.2	TRABAJO CON SUPER DUO TEJIDO TECNICA RED
T.3	TRABAJO CON SUPER DUO TEJIDO TECNICA RED
T.4	TRABAJO CON MOSTACILLAS y CRISTALES EN TECNICA TUBULAR
T.5	UTILIZACION DEL TRANSFER TEXTIL y PASTAS METALIZADAS SOBRE PRENDAS DE VESTIR

Firma prestador de los servicios	

Scanned with CamScanner

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO

Nombre	COLOMER ARAVENA VERONICA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	INTERVENCION TEXTIL BASICO	MAR 11:15-13:15	–	[redacted]	7
T.7	REPUJADO EN ESTAÑO AVANZADO	MIE 14:00-16:00	–	[redacted]	6
T.8	REPUJADO EN ESTAÑO AVANZADO	MIE 16:15-18:15	–	[redacted]	6
T.9	REPUJADO EN ESTAÑO BASICO	MIE 09:30-11:30	–	[redacted]	5
T.10	REPUJADO EN ESTAÑO BASICO	MIE 11:45-13:45	–	[redacted]	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	UTILIZACION DE TRANSFER TEXTIL Y PASTAS METALIZADAS SOBRE PRENDAS DE VESTIR.
T.7	TECNICA DE VOLUMEN Y TECNICA DE PERFIL CON VOLUMEN SOBRE ALUMINIO (METAL)
T.8	TECNICA DE VOLUMEN Y TECNICA DE PERFIL CON VOLUMEN SOBRE ALUMINIO (METAL)
T.9	TECNICA DE FORRADO SOBRE MADERA Y ZIÑA CON ESTAÑO
T.10	TECNICA DE FORRADO SOBRE MADERA Y ZIÑA CON ESTAÑO

Firma prestador de los servicios	

Scanned with CamScanner

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. COLOMER ARAVENA VERONICA, RUT:[redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes JULIO 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 JULIO 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. COLOMER ARAVENA VERONICA.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berríos
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, JULIO (mes) de 2025 (año)

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Disciplina Arrayada	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colombo	Jueves 15:00 17:00

	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 Mayo	27 Mayo	3 Abril	10 Abril	17 Abril	24 Abril	1 Mayo	8 Mayo	15 Mayo	22 Mayo	29 Mayo	5 Junio	12 Junio	19 Junio	26 Junio	3 Julio	10 Julio	17 Julio	24 Julio	31 Julio
1	Leticia Sfrondin		P	J	P	P	P	P		P	J	P	P	P		P	P	J	P	P		
2	Maria Lina Pahamun		P	J	P	P	P	P		P	J	J	J	P		J	J	J	J	P		
3	Mayoli Vega		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		
4	Nora Romero		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		P	P	J	P	P		
5	Marcela Brunsen		P	P	P	P	P	P	FERIADO	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		
6	Raquel Farji		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	x	J	J	P	J	J		
7	Monica Constantino		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P		J	J	J	P	P		
8	Mariela Yorg										P	P	P	P		J	J	J	J	J		
9															clases suspendidas							
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	5	7	7	7	7		7	6	7	7	8	4	4	7	3	5	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 8
Mayo	Gestion de Contacts y Talleres	(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	**PROGRAMA**	
Abril	Talleres Recreat. y de Desarrollo	

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Intermedio	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomer	Martes 14ª 16ª

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	18 Marzo	25 Marzo	1 Abril	8 Abril	15 Abril	22 Abril	29 Abril	6 Mayo	13 Mayo	20 Mayo	27 Mayo	3 Junio	10 Junio	17 Junio	24 Junio	1 Julio	8 Julio	15 Julio	22 Julio	29 Julio
1	Irene Cuellar		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J		
2	Pilar Flores		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Marisol Loyola		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	Maria Isabel Janeaud		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5	Mirta Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Monica Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	M. Paulina Rosero		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J									
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	7	7	7	7	5	4	6	6	6	6	6	5	5	5	5		

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

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

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestion de Contratos y Talleres

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Intermedia	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Mercia Colomo	Martes 16[15] 18[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
			18 Mayo	25 Mayo	1 Abril	8 Abril	15 Abril	22 Abril	29 Abril	6 Mayo	13 Mayo	20 Mayo	27 Mayo	3 Junio	10 Junio	17 Junio	24 Junio	1 Julio	8 Julio	15 Julio	22 Julio	29 Julio
1	Irene Muller		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J		
2	Pilar Flores		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Marisol Loyola		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	Maria Isabel Jorquera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5	Mila Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Mercia Olguin		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	M. Paulina Rocco		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J									
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		7	7	7	7	7	7	7	3	4	6	6	6	6	6	3	3	3	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y de Desarrollo

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y Talleres

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Intervencion textil	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Monica Colomo	Martes 9° 11°

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	18 Mayo	25 Mayo	1 Abril	8 Abril	15 Abril	22 Abril	29 Abril	6 Mayo	13 Mayo	20 Mayo	27 Mayo	3 Junio	10 Junio	17 Junio	24 Junio	1 Julio	8 Julio	15 Julio	22 Julio	29 Julio
1	Margarita Sciancca		P	P	P	P	P	J	J	J		J	J	P	P	J	P	P	P	P		
2	Solange Sailing		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	J	P	J	J		
3	Marta Roming		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	J	P	P		
4	Maria Lynnia Fourcade		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P		
5	Carola Moine		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P		
6	Alejandra Fourcade		/	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J		
7	Esther Maria Jofre		/	/	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J		
8	Sabina Figueroa		/	/	/	/	/	/	P	P		J	P	J	P	J	J	J	J	J		
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		5	6	7	7	7	6	7	7		6	7	7	7	4	6	6	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Marzo	Gestión de Contratos y Talleres

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

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de desarrollo

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Intervención textil	Colón 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Fernanda Colomer.	Martes 11hs - 13hs

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	18 Mayo	25 Mayo	1 Abril	8 Abril	15 Abril	22 Abril	29 Abril	6 Mayo	13 Mayo	20 Mayo	27 Mayo	3 Junio	10 Junio	17 Junio	24 Junio	1 Julio	8 Julio	15 Julio	22 Julio	29 Julio
1	Margarita Scianca		P	P	P	P	P	J	J	J		J	J	P	P	J	P	P	P	P		
2	Solange Sullivan		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	J	P	J	J		
3	Marta Ramirez		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	J	P	P		
4	Maria Ignacia Fournier		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P		
5	Carola Moina		P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	P	P	P	P		
6	Alejandra Fournier.		/	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J		
7	Esther Moina Jara.		/	/	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	J		
8	Sabina Figueroa		P	P	P	P	J	J	P	P		J	P	J	P	J	J	J	J	J		
9	Elena Jubjanto		P	P	P	P	J	P	P	P		P	P	P	P	P	J	P	P	P		
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	7	8	9	9	7	9	9	9		7	8	8	8	6	6	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestion de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 9

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Repujado en Estaño Aragonés	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Verónica Olmos	Miercoles 14:00 16:00

	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
			19 Mayo	26 Mayo	2 Abril	9 Abril	16 Abril	23 Abril	30 Abril	7 Mayo	14 Mayo	21 Mayo	28 Mayo	4 Junio	11 Junio	18 Junio	25 Junio	2 Julio	9 Julio	16 Julio	23 Julio	30 Julio
1	Sonia Moltido		P	P	J	J	J	J	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J			
2	Angelica Correa		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P			
3	Jenny Moruni		P	P	P	P	P	P	P	J	J		J	J	P	P	P	P	P			
4	Nayela Diaz		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	P	P			
5	Hilda Ortiz		P	P	P	P	J	P	P	P	P	O	P	P	P	P	P	P	P	O		
6	Alejandra Cammell		P	P	J	P	P	P	P	J	P	FERIADO	P	P	P	P	P	P	P	FERIADO		
7	Felicia Yoitz				·	P	P	J	P	J	P		P	P	P	P	J	P	P			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	6	4	6	5	5	6	3	5		5	5	6	5	5	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Repoblamiento Arenzuelo	UCAM

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Verónica Chomer	miercoles 16⁵ 18⁵

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	19 Mayo	26 Mayo	2 Abril	9 Abril	16 Abril	23 Abril	30 Abril	7 Mayo	14 Mayo	21 Mayo	28 Mayo	4 Junio	11 Junio	18 Junio	25 Junio	2 Julio	9 Julio	16 Julio	23 Julio	30 Julio
1	Angelica Correa		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P			
2	Jenny Moreni		P	P	P	P	P	P	P	J	J		J	J	P	P	P	P	P			
3	Noyola Diaz		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	P	P	P			
4	Hilda Orly		P	P	P	P	J	P	P	P	P	FERIADO	P	P	P	P	P	P	P	FERIADO		
5	Alejandra Amarell		P	P	J	P	P	P	P	J	P		P	P	P	P	P	P	P			
6	Julia Jaez		P	P	P	P	P	J	P	J	P		P	P	P	P	J	P	P			
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		6	6	5	6	5	5	6	3	5	-	5	5	6	5	5	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y Talleres
F. TERMINO	**PROGRAMA**
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Repujado en Staño bosco	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Victoria Colomi.	Miercoles 9:30 11:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	19 Marzo	26 Marzo	2 Abril	9 Abril	16 Abril	23 Abril	30 Abril	7 Mayo	14 Mayo	21 Mayo	28 Mayo	4 Junio	11 Junio	18 Junio	25 Junio	2 Julio	9 Julio	16 Julio	23 Julio	30 Julio
1	Sonia Aguilera		P	P	P	P	P	P	P	P	P	O	P	J	J	J	J	J	J			
2	Monica Ibañez		P	P	P	P	P	P	P	P	P		J	P	P	J	P	P	P	O		
3	Maria Cecilia Mena		P	J	P	P	J	P	P	P	P		P	J	P	J	P	P	P			
4	Maria Belen torres		P	P	P	P	P	P	P	P	J	FERIADO	P	P	P	P	P	P	P	FERIADO		
5	Andrea Figueroa		P	P	P	P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	P	P	J			
6	Patricia Vigliol		P	J	J	P	J	P	P	P	P		J	P	J	P	P	P	P			
7																						
8																						
9																						
10																						
11												FERIADO								FERIADO		
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		6	9	6	9	9	6	6	6	4		4	4	4	3	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Marzo	Gestión de Contratos y Talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Repujado en Estaño basico	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Veronica Colomer	Miercoles 11⁴⁵ 13⁴⁵

	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 Mayo	26 Mayo	2 Abril	9 Abril	16 Abril	23 Abril	30 Abril	7 Mayo	14 Mayo	21 Mayo	28 Mayo	4 Junio	11 Junio	18 Junio	25 Junio	2 Julio	9 Julio	16 Julio	23 Julio	
1	Sonia Aguilera		P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	J	J	J	J			
2	Mercia Lopez		P	P	P	P	P	P	P	P	P		J	P	P	J	P	P	P			
3	Maria Cecilia Mena		P	P	P	P	J	P	P	P	P	DO	P	J	P	J	P	P	P	DO		
4	Maria Belen Torres		P	J	P	P	P	P	P	J	P	LTADO	P	J	P	P	P	P	P	LTADO		
5	Andrea Figueroa		P	P	P	P	P	P	P	P	J	FERIA	P	P	P	P	P	P	J	FERIA		
6	Patricia Vidal		P	J	P	P	J	P	J	P	P		J	P	J	P	P	P	P			
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	4	6	6	4	6	5	5	5	+	4	4	5	3	5	5	5			

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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Mayo	Gestión de Contratos y talleres

F. TERMINO	PROGRAMA
Diciembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Organizada.	Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Veronica Colomar.	jueves 12⁴⁵ - 14⁴⁵

	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	5 Junio	12 Junio	19 Junio	26 Junio	3 Julio	10 Julio	17 Julio	24 Julio	31 Julio	7 Agosto	14 Agosto	21 Agosto	28 Agosto	4 Sept.	11 Sept.	18 Sept.	25 Sept.			
1	Leticia Sabaudo		P		P	P	J	P	P													
2	Mayoli Veya.		P		P	P	P	P	P													
3	Marta Ramirez		P		P	P	J	P	P													
4	Mariana Bruno.		P		P	P	P	P	P													
5	Monica Constantino		P		J	J	J	P	P													
6	Mariela Perez		P		J	J	J	J	J													
7	Raquel Felix		P		J	J	P	J	J													
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Clase suspendida

Nº DE ASISTENTES POR SESION	7	14	14	13	15	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.

Scanned with CamScanner

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
Junio	Gestión de Contratos y Cobro

F. TERMINO	PROGRAMA
Noviembre	Talleres Recreativos y de Desarrollo

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

FIRMA PROFESOR

Scanned with CamScanner