



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	HIDALGO MICHEA PATRICIA FERNANDA		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MIE 11:15-13:15	---		4
T.2	ESTIMULACION COGNITIVA BASICO	MAR 16:00-18:00	---		6
T.3	ESTIMULACION COGNITIVA Y DIALOGOS MATEMATICOS	LUN 15:30-17:30	---		19
T.4	ESTIMULACION COGNITIVA Y DIALOGOS MATEMATICOS	MAR 15:00-17:00	---		10
T.5	ESTIMULACION COGNITIVA Y DIALOGOS MATEMATICOS	JUE 10:00-12:00	---		15

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	MEMORIA Y SUS TIPOS. LUEGO DE CONOCER LA FUNCIÓN COGNITIVA SE PASA A ENTENDER SUS TIPOS (CORTO Y LARGO PLAZO), SUS DIFERENCIAS Y ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL OLVIDO.
T.2	UNIDAD DE MEMORIA: SE CONTINUA EJERCICIO A TRAVÉS DE FOTOGRAFIAS CON EXCELENTE RESULTADO A NIVEL DE VINCULO. SE CONOCERAN A LA FUNCIÓN COGNITIVA, SE REALIZAN EJERCICIOS PRACTICOS DE AGILIDAD CEREBRAL.
T.3	LA FUNCIÓN EJECUTIVA COMO LA "ESTRATEGIA DEL CEREBRO", EJERCICIOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS, MUCHO HUMOR Y LARGA MEMORIA. SE LUEGO CON UNIDAD DE LENGUAJE Y SU IMPORTANCIA COGNITIVO COMUNICATIVA.
T.4	SESIONES DE PROFUNDO ANALISIS LINGÜISTICO Y EJECUTIVO. SE ALTERNAN CON EJERCICIOS LÉXICOS DE FLUJO Y DE ESTRATEGIAS TERMINALES UNIDAD DE FUNCIÓN EJECUTIVA Y TALLERES LENGUAJE CON JUEGOS Y CURIOSIDADES.
T.5	DISCUSIONES SOBRE EL PASADO (LA MEMORIA) Y EL PRESENTE (LA FUNCIÓN EJECUTIVA) COMO LA EXPERIENCIA LOS DEFINE Y AL MISMO TIEMPO NOS PROPONE DESAFÍOS. ANALISIS Y EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO DE MEMORIA PRESENTE.

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



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	HIDALGO MICHEA PATRICIA FERNANDA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

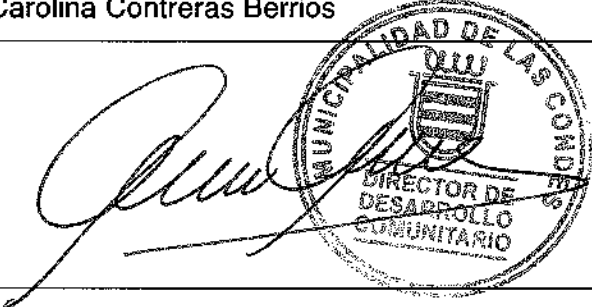
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESTIMULACION COGNITIVA Y DIALOGOS MATEMATICOS	JUE 15:00-17:00	---		12
T.7	ESTIMULACION COGNITIVA Y DIALOGOS MATEMATICOS	VIE 15:00-17:00	---		10
T.8	ESTIMULACION COGNITIVA Y DIALOGOS MATEMATICOS	VIE 17:30-19:30	---		8
T.9	---	---	---	---	---
T.10	---	---	---	---	---

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	EL CUERPO DE LA MATEMÁTICA COGNITIVA, LA RELACIÓN ENTRE LAS FUNCIONES COGNITIVAS BÁSICAS PASO A PASO A LA FUNCIÓN EJECUTIVA COMO AQUELLA ENCARGADA DE LA ESTRATEGIA GLOBAL Y EL LENGUAJE COMO EL FIN ULTIMO DE LA COGNICIÓN, SE REDUCEN EJERCICIOS GRUPALES CON EXCELENTE RENDIMIENTO.
T.7	FUNCION EJECUTIVA Y LENGUAJE. ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS SUPERIORES CON PRESENTACIÓN DE ESTOS. ALTERNADA CON EJERCICIOS PARA FORTALECER LA COMPRENSIÓN (BAJILLENTO Y FUERTE LÉXICA)
T.8	UNIDAD FINAL DE FUNCION EJECUTIVA Y LENGUAJE. EJERCICIOS GRUPALES TIPO JUEGO Y DISCUSIONES PROFUNDAS SOBRE EL AYER, SU IMPORTANCIA EN NUESTRAS DECISIONES Y EL HOY COMO DESAFIO COGNITIVO Y EMOCIONAL.
T.9	---
T.10	---

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

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. HIDALGO MICHEA PATRICIA FERNANDA, 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. HIDALGO MICHEA PATRICIA FERNANDA.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Estimulación Cognitiva

LUGAR DE EJECUCIÓN
SEDE AULO

NOMBRE DEL PROFESOR
Patricia Hidalgo M.

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 16:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº	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
					01/04/2021	08/04/2021	15/04/2021	22/04/2021	29/04/2021	06/05/2021	13/05/2021	20/05/2021	27/05/2021	03/06/2021	10/06/2021	17/06/2021	24/06/2021	01/07/2021	08/07/2021	15/07/2021				
1	Indira Cuervo Z.	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	Sylvia Ramirez A.	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Osca Hernan Salazar T.	J			J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
4	Norma Ester Fernandez	J			J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	Frank Isaac Zuma	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	Lucia Giordano Solar	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	John Morales Inostroza	P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	Roberto A. Duran Vique	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 6 6 6 4 3 3 4 / 3 5 6 / 6 6 8 5 4

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.
CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Formulación Comunitaria EL CAPODORADO

LUGAR DE EJECUCION
MANABERIA

NOMBRE DEL PROFESOR
Patricia Hidalgo Michel

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 16:00

	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
				02/04/2025	14/04/2025	21/04/2025	28/04/2025	05/05/2025	12/05/2025	19/05/2025	26/05/2025	02/06/2025	09/06/2025	16/06/2025	23/06/2025	30/06/2025	07/07/2025	14/07/2025					
1	Yamile Kamel	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	Olga Muñoz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3	Mazpanta Uribe	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	María Maldonado	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	M ^a ELIANA TORRES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	Maria Diaz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	AIDA SANTANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8	M ^a ANGELICA TAPIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
9	ROSAL FLORES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
10	Melda Peruz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
11	Roberto Navarrete	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
12	Jaime Diaz	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
13	Julia Saca	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
14	Virginia Vargas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
15	Arnoldo Soto	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
16	MIREYA RODRIGUEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
17	GLORIA BOWEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
18	Era Gasset	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
19	Betty Estapel	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
20	Eily Santamaria	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
21	Gloria Nilo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
22	Consuelo Silva	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
23	Dolores del Rio Salmeron	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
24	Fernando Sola	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
25	GINA ROSALES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					

N° DE ASISTENTES POR SESION	25	24	24	20	25	18	20	21	18	22	20	21	17										
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Estimulación Cognitiva

LUGAR DE EJECUCION

PELWUO

NOMBRE DEL PROFESOR

P. Hebeles Muelar

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Miércoles 15:30 pm

	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
				02/04/2025	09/04/2025	16/04/2025	23/04/2025	30/04/2025	07/05/2025	14/05/2025	21/05/2025	28/05/2025	04/06/2025	11/06/2025	18/06/2025	25/06/2025	02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025		
1	MÓNICA RAMÍREZ	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	INÉS TERRY	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	ROSERINA MIRANDA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4	MAOLIVIA NARANJO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	ROSALBA URBINA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	SONIA RODRÍGUEZ	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	CECILIA LATOINÉ	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	TERESA CORNEJO	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
9	GRACIELA SHINYA	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
10	ANGELIS RUÍNEA	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
11	XIMENA FERNÁNDEZ	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
12	BERNARDITA GÓMEZ	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
13	ANA SCHNEIDER	J	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

9101010111010111076811

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
02/04/2025

DEPARTAMENTU
ADULTO TIA YOW

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

F. TERMINO
30/07/2015

PROGRAMA
TALL. DE RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

TALL. DECREATIVOS Y DE DESARROLLO

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Estimulación Cognitiva y Dispositivos

LUGAR DE EJECUCION
Nuestra Señora del Rosario

NOMBRE DEL PROFESOR
Dra. Lidia Hidalgo Pacheco

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves 10:35 AM

	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
				03/04/2025	10/04/2025	17/04/2025	24/04/2025	01/05/2025	08/05/2025	15/05/2025	22/05/2025	29/05/2025	05/06/2025	12/06/2025	19/06/2025	26/06/2025	03/07/2025	10/07/2025	17/07/2025	24/07/2025	31/07/2025		
1	ADELA DELGADO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	MA EUGENIA VILARROEL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	MARIONNE KUNZE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4	MIRIAM MORALES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	LUIS HERRERA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	MA ANGELICA PEREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	VERONICA INCHITUA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	GRACIELA GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
9	MARIA ANGELO ODELLANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
10	ISABEL POVEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
11	ADRIANA GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
12	LITA FUENLAINA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
13	TERESA DOMINGUEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
14	MA MELBA MOLINA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
15	WENDY MONTELO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
16	OLIVIA ANDRUEZA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
17	DOROTHY MALUJE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
18	MA ELIANA GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
19	ELIOD OLIVERO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
20	ALICIA FORTES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
21	CARLOS LARREA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
22	CARLOS PLONIAN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
23	MA CRISTINA MORALES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
24	WENDY MALUJE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
25	MA EUGENIA GONZALEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				

Nº DE ASISTENTES POR SESION	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Estimulación Cognitiva y Dislexia	Biblioteca Folón
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Daniel Hidalgo Muñoz	prevos 16:00 hrs.

	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
				03/04/25	10/04/25	14/04/25	21/04/25	01/05/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/2025	05/06/2025	12/06/2025	19/06/2025	26/06/2025	03/07/2025	10/07/2025	17/07/2025	24/07/2025	31/07/2025		
1	PATRICIA JORDANA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	YULIA HOECKER			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	SILVIA LENDINE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4	MARIA NORON			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	LUIZ BERTANCOURT			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	EDUARDO FERNANDEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	H ^A JUAN GARCIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	ARMANDO GUERRAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
9	MARCELOES AMARAL			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
10	MARCELO LESPEDES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
11	ELIAS BONDALFA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
12	EDUARDO LESPEDES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
13	GLORIA REYES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
14	GLADYS FUENTES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
15	M ^A CRISTINA DUENAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
16	MARGARITA DUAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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 DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y DIAGNÓSTICA

LUGAR DE EJECUCION

SUMOS DE VERNON LA CAPITONIA

NOMBRE DEL PROFESOR

DORANDA HIDALGO MURCEA

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

VICAMBA 15:10

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N º	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
					04/04/2025	11/04/2025	18/04/2025	25/04/2025	02/05/2025	09/05/2025	16/05/2025	23/05/2025	30/05/2025	06/06/2025	13/06/2025	20/06/2025	27/06/2025	04/07/2025	11/07/2025	18/07/2025	25/07/2025			
1	NELLY CAPDALES				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	LINDA WERDIN				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	MARINA DE FORDICA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
4	LAYMA RODRIGUEZ				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	CARMEN BUALCAYA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	MELIDA GONZALEZ				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	SONIA HODINGEN				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	AMPARO SEMANO				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
9	ROMA MENAS				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
10	DOXA GONZALEZ				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
11	CLARA UGARTE				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
12	ANA MARIA TENEGAS				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
13	ELIANA ZILLO				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
14	JUDITH MEZA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
15	HORTENCIA ORTEGA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
16	ANA GALANZA				J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
17	M ^{ra} TENEGAS ZARONA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
18	MARIANA SANCHEZ				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	14	12	13	16	9	14	12	12	11	8	12	10												
-----------------------------	----	----	----	----	---	----	----	----	----	---	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

PROGRAMA
JAM BENTENG V OG JENSOLO.

[illegible][illegible]**FIRMA PROFESOR**

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA
TALLERES DE CUESTIONARIOS Y USO

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR