

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

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

Nombre	PADILLA SANCHEZ ANGELA		
RUT	██████████	Periodo del Contrato	08/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BORDADO BASICO	LUN 10:00-12:00	—	CIRIO 1612	9
T.2	CORTE Y CONFECCION BASICO	MAR 19:45-21:45	---	VITAL APOQUINDO 1750	5
T.3	COSTURA CREATIVA BASICO	VIE 11:00-13:00	—	PAUL HARRIS 1558	4
T.4	COSTURA CREATIVA BASICO	VIE 15:00-17:00	---	PAUL HARRIS 1558	5
T.5	COSTURA CREATIVA INTERMEDIO	JUE 19:45-21:45	---	PJE. MONICA 1559	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Empezamos nueva técnica en bordado: punto cruz y bargello, hacen muestra.
T.2	Hacen basta, pespunte, enseño a bordar ojeteillo, al pantolón.
T.3	Marcan sobre tela bolso, enseño costura francesa.
T.4	Continuamos con aplicaciónes, tela, aplican algunas puntadas.
T.5	Ponen cierre a delantal, y preparan, tela para piecera y cojín.

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

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

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

Nombre	PADILLA SANCHEZ ANGELA		
RUT	██████████	Período del Contrato	08/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MIE 11:45-13:45	—	HERNANDO DE MAGALLANES 487	4
T.7	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MIE 13:50-15:50	—	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5
T.8	MULTIPLES TECNICAS BASICO	LUN 15:00-17:00	—	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	6
T.9	MULTIPLES TECNICAS INTERMEDIO	MAR 17:30-19:30	—	VITAL APOQUINDO 1750	5
T.10	MUÑECAS EN TELA BASICO	JUE 14:00-16:00	---	HERNANDO DE MAGALLANES 487	2

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Empezar chaleco manga raglan bordado Mexicano
T.7	terminan su frasco, y empiezan a trabajar con portollaves en madera.
T.8	Continúan bordado crewel, enseño punto da, margarita, punto lleno.
T.9	Arman bolso, cosmético, indico como poner cierre.
T.10	Arman vestido, colzones y zapatos de muñeca.

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

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

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

Nombre	PADILLA SANCHEZ ANGELA		
RUT		Período del Contrato	08/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	MUÑECAS EN TELA BASICO	JUE 16:15-18:15	—	HERNANDO DE MAGALLANES 487	4
T.12	MUÑECAS EN TELA BASICO	MIE 17:00-19:00	—	PALOMA 9035	6
T.13	MUÑECAS EN TELA BASICO	VIE 17:30-19:30	—	PJE. MONICA 1559	5
T.14	MUÑECAS EN TELA BASICO	MAR 09:00-11:00	—	HERNANDO DE MAGALLANES 487	4
T.15	MUÑECAS EN TELA BASICO	MAR 11:15-13:15	—	HERNANDO DE MAGALLANES 487	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Terminan muñeca, entrego molde de muñeca Marisol
T.12	Arman muñeco, ponemos ropa, pelo. Hacemos gorro, zapatos.
T.13	Hacemos folda enseñando a poner bolillo, hacemos zapatos de lene
T.14	Visten muñeco, maquillan, ponen pelo, ojos.
T.15	Trabajan en sombrero, colgones y foldón, enseñando a hacer tableado

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. PADILLA SANCHEZ ANGELA, 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. PADILLA SANCHEZ ANGELA.

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

Las Condes, JULIO de 2025
 mes año

PLANILLA CON

NOMBRE DEL TALLER
Bordado

LUGAR DE EJECUCION
Cirio # 1612

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Redillo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 10:00 a 12:00

	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
				17-03	24-03	31-03	07-04	14-04	21-04	28-04	05-05	12-05	19-05	20-05	02-06	09-06	16-06	23-06	30-06	07-07	14-07		
1	Campos Sara			J	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	N	P	P	P	P		
2	Cuadra Veronica			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	E	P	P	P	P		
3	Guerrero Corman			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	T	P	P	P	P		
4	Hidalgo Claudia						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P		
5	Leiva Rose			P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	-	P	P	P	P		
6	Bardo Rosario						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	J	P	J		
7	Pino Ana						P	P	P	P	J	J	P	P	J	A	P	P	P	P			
8	Rivas Marceline			P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P			P	P	P	P		
9	Rubilar Margarita			P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	O	P	P	P	P		
10																	N						
11																							
12																	S						
13																	A						
14																	N						
15																	M						
16																	V						
17																	L						
18																	A						
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	6	5	6	8	7	8	8	7	7	9	9	8		9	8	9	8					
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--

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.

NOMBRE DEL TALLER
Corte y confección

LUGAR DE EJECUCION
Vital Apoguincho #1730

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Padilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes 19:45 a 21:45

	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
				18-03	25-03	01-04	08-04	15-04	22-04	29-04	06-05	13-05	20-05	27-05	03-06	10-06	17-06	24-06	01-07	08-07	15-07		
1	Bahamondez Sonia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Gahona Ismenie			P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Guerra Iris			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Guerra Margarita			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Leiva Rosa			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Peñalosa Silvia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Rivas Marcela			P	P	P																	
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	3	5	5	6	6	6	6	6	6	6	5	4	5	5	5	5	4	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Costura Creativa

LUGAR DE EJECUCION
Paul Harris #1558

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Padilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 11:15 a 13:15

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
				17/03	21/03	28/03	04/04	11/04	18/04	25/04	02/05	09/05	16/05	23/05	30/05	06/06	13/06	20/06	27/06	04/07	11/07	18/07	
1	López Rosa			P	P	P	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P						
2	López Ma Jose			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
3	Munoz Florencie			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
4	Pino Angelico			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
5	Ramirez Rose						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
6	SILVA Nury						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	4	4	4	6	5	5	3	5	6	6	6	6								2	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.

PLANILLA CON

NOMBRE DEL TALLER
Costura Creativa

LUGAR DE EJECUCION
Paul Harris #1558

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Padilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes 15:00 a 17:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				21-03	28-03	04-04	11-04	18-04	25-04	02-05	09-05	16-05	23-05	06-06	13-06	20-06	27-06	04-07	11-07	18-07			
1	Medina Maveia			J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	Penalozo Silvia			J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
3	Mesa Elsa			P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J			
4	Leiva Ross			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
5	Valenzuela Rosalinda			J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J			
6	Melendez Jimenez			J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J			
7	Lopez M ^a Jose			P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
8	Cancino Corle			J	J	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	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	P	P	8	8	4	P	7	7	6	7	4	7								7	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Municios Inter

LUGAR DE EJECUCIÓN
Paje Monica #1559

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Padilla

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 19:30 a 21:30

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
			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	18/07/25				
1. Faúnder Marcio	P	P																				
2. Lopez M ^e Jose	P	P																				
3. Melendez Ximena	P	P																				
4. Ortiz M ^e Angelina	P	P																				
5. Pacheco Elizabeth	P	P																				
6. REYES Cristina	J	J																				
7.																						
8.																						
9.																						
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

55 65 56 65 45 664

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "I" (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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiples técnicas	Hernando de Magallanes #487
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angele Padilla	Miércoles 10:30 a 12:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N Ú M E R 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
1 Bravo Ximene			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Lopez Blanca			P	P	J	J	J	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J
3 Umpierrez Norma								P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J
4 Trujillo, Luisa			P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	J	J	P	J	J	J
5 Vidal Valeria							P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
6 Testa Sol							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION	3	3	2	2	4	5	4	4	4	3	4	5	P	3	4	4	3					
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

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
Multiples tecnicas

LUGAR DE EJECUCION
Hernando de Magallanes #487

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Padilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miercoles 13:40 a 15:40

	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
				19-03	26-03	02-04	09-04	16-04	23-04	30-04	07-05	14-05	21-05	28-05	04-06	11-06	18-06	25-06	02-07	09-07	16-07		
1	Pinaud Paula			P	P	P	P	P	P	P	P	P		J	J	J	J	J	J	P	P		
2	Bustos M ^{te} Soledad			J	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Caceres Francisco			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	J	J	J	P		
4	Hacke M ^{te} Elena			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		
5	Benusic Cristian			P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Lasserre Diego				P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	4	4	5	6							
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

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 CONT

NOMBRE DEL TALLER

Múltiples técnicas

LUGAR DE EJECUCION

Santo Zito # 9135

NOMBRE DEL PROFESOR

Angela Redilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes 15:00c 17:00

	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
			m 00 - 17-07-2023	m 00 - 17-07-2023	m 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023	y 00 - 17-07-2023			
1	Carrillo Lytha		P	P	J	P	P	J	P	P	J	P	P	J		P	P	P	P			
2	Bahamondes Sonia		P	P	J	J	J	P	P	P	J	P				J	J	J	J			
3	Gurrero Cormen		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P			
4	Leiva Rosa		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P			
5	López Rosa		J	J	J	P	P	P	J	J	P	P	J	P		P	P	P	P			
6	Rivas Marceline		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P			
7	Guerro Olga																		P			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION

5545545556453536

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Multiples tecnicos	Vital Apoguin do # 1750
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Angela Padillo	Martes 17:30 a 19:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18-03	25-03	1-04	8-04	15-04	22-04	29-04	6-05	13-05	20-05	27-05	3-06	10-06	17-06	24-06	01-07	08-07	15-07		
1	Bahamondez Sonia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	Cadena Johana						P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Gahona Ismenio			P																			
4	Guerre Iris			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
5	Guerre Margarita			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Leiva Rose			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
7	Peñalozo Silvio			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
8	Rivas Marcelina			P	P																		
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	6	5	5	6	6	6	6	6	6	5	5	6	5	6					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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Munecos

LUGAR DE EJECUCION
Hernando de Magallanes #887

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Padilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves 14:00 a 16:00

	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
				20-03	27-03	03-04	10-04	17-04	24-04	1-05	8-05	15-05	22-05	29-05	05-06	12-06	19-06	26-06	3-07	10-07	17-07		
1	Bravo Ximena	P		P	P	P	P	P	A		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	Vidal Valeria	P		P	P	P	P	P	A		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
3	Ponce Isabel	P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
4	Trujillo Luisa	P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
5	Lopez Blanca	P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION 15 4 3 3 3 1 1 5 3 3 7 3 1 3 1 3 2 2 3 2 1

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

Muñecos

LUGAR DE EJECUCION

Hernandode Magallanes # 487

NOMBRE DEL PROFESOR

Angela Padella

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves 16:15 a 18:15

	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
					03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03	03-03-03
1	Lopez Blance				P	P	J	J	P	P		P	J	P	J	J	P	P	P	P	J			
2	Vidal Valeria												P	P	P	P	P	P	P	J	J	P		
3	Ponce Isabel				P	P	P	J	J	P		J	J	J	P	P	P	P	P	P	P			
4	Trujillo Luisa				J	J	J	P	P	P		P	P	J	J	J	J	J	J	J	P			
5	Bravo Ximene				P	P	P	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
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

344

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 CONT

NOMBRE DEL TALLER

Munecos

LUGAR DE EJECUCION

Paloma #9035

NOMBRE DEL PROFESOR

Angela Padilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Miércoles 17:00 a 19:00 hrs

	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
				02/04	09/04	16/04	23/04	30/04	07/05	14/05	21/05	28/05	04/06	11/06	18/06	25/06	02/07	09/07	16/07				
1	Aceituno Angela	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	Codena Johana					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Herrera M ^{te} Terese				P	P	J	J	J	J	P	J	P	P	P	J	P						
4	López Blanca				J	J	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P					
5	Lopez M ^{te} Jose	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P				
6	Pacheco Elizabeth	J	J	J	P	J	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P				
7	Suñi Margarito	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	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

3 3 7 4 5 3 4 6 5 6 3 4 6 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Muecos tela hñico

LUGAR DE EJECUCIÓN
Paje, Mariscal # 1559

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Padilla

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 17:30a 19:30

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N°	FECHA	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				
1. Favindez, Marcia	PP			PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
2. López M ^{te} Jose	PP			PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
3. Melendez Jimenez	PP			PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
4. Morales Jacqueline	PP			PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
5. Ortiz M ^{te} Angelice	PP			PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
6. Pacheco Elizabeth	PP			PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
7.																							
8.																							
9.																							
10.																							
11.																							
12.																							
13.																							
14.																							
15.																							
16.																							
17.																							
18.																							
19.																							
20.																							
21.																							
22.																							
23.																							
24.																							
25.																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

65 056 664 55 554

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (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.

SE
EN
ES

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Muñecos básico

LUGAR DE EJECUCION

Hernando de Magallanes #487

NOMBRE DEL PROFESOR

Angeles Padilla

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes 9:00 a 11:00

	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
				18-03	25-03	01-04	08-04	15-04	22-04	29-04	06-05	13-05	20-05	27-05	03-06	10-06	17-06	24-06	01-07	08-07	15-07		
1	Courdec Patricia			U	U	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	Riquelme Adrian			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Ante Isabel			U	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P		
4	Martin Olga			P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
5	Bravo Jimena			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P		
6	Testa Sol			P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P		
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

454636655554934345

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
municos

LUGAR DE EJECUCION
Hernando de Magallanes #487

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
martes 11:15 a 13:15

	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
				18-03	25-03	1-04	8-04	15-04	22-04	29-04	06-05	13-05	20-05	27-05	03-06	10-06	17-06	24-06	1-07	08-07	15-07		
1	Bravo Ximena	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
2	Couderc Patricia	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Martin Olga	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J		
4	Ponce Isabel	J	P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P		
5	Riquelme Adriana	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
6	Testo Sol	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	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 9 5 4 6 3 6 6 5 5 5 5 2 4 2 4 4 4 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.

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER
Aguja mágica

LUGAR DE EJECUCION
Santa Zita # 9135.

NOMBRE DEL PROFESOR
Angela Pedillo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves 4:00 a 13:00 hrs

	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
				05-06	06-06	07-06	08-06	09-06	10-06	11-06													
1	Guerrero Cormen	P	P	P	P	P	P	P	P	P													
2	Hidalgo Claudia	P	P	P	P	P	P	P	P	P													
3	Leiva Rosa	P	P	P	P	P	P	P	P	P													
4	Orellana Maria																						
5	Pacheco Elizabeth	P	P	P	P	P	P	P	P	P													
6	Rivas Marcela	P	P	J	J	P	J	J	J	J													
7	Lopez Rosa	P	P	J	J	P	P	P	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	4	6	8	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.