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	PORCILE YANINE CHANTAL		
RUT	[redacted]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ESMALTE EN COBRE BASICO	LUN 15:00-17:00	–	PLATAFORMA EDUCACIONAL	7
T.7	VITROFUSION BASICO	MAR 11:45-13:45	–	MONROE 8484	4
T.8	VITROFUSION BASICO	VIE 09:30-11:30	–	HERNANDO DE MAGALLANES 487	6
T.9	VITROFUSION BASICO	VIE 14:00-16:00	–	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5
T.10	VITROFUSION BASICO	VIE 11:45-13:45	–	HERNANDO DE MAGALLANES 487	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	la técnica de movido en caliente y de pasado de fuego sobre metal cobre para realizar joyas encastadas y usar esto como base en futuros joyas.
T.7	Se corta, pule y aplica esmalte vitreo y lleva a un Horno a 820°C durante 2 horas para realizar la fusión. Otro grupo realiza perlas de vidrio con soplete con vidrio Murano.
T.8	Se esta enseñando a usar una capsula de fibre ceramica para microondas y fusionado vidrio esmaltado a pequeña escala. Paralelamente trabajan.
T.9	La fabricación de perlas de vidrio y uso de la capsula del microonda tiene concentrado a este grupo.
T.10	Paralelamente a la realización de perlas de vidrio aquí se hacen proyectos de Vitrofusión tamaño Mediano/Grande con técnica burbujas.

Firma prestador de los servicios	[signature]

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	PORCILE YANINE CHANTAL		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 17:15-19:15	–	MONROE 8484	3
T.2	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 15:00-17:00	–	MONROE 8484	4
T.3	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	MAR 09:30-11:30	–	MONROE 8484	3
T.4	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 09:45-11:45	–	MONROE 8484	2
T.5	ESMALTE AL FUEGO EN COBRE BASICO	JUE 12:00-14:00	–	MONROE 8484	3

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Técnica de atrapar las oxidaciones en el metal cobre con esmaltes de baja temperatura y uso del soplete en piezas para joyería.
T.2	Investigación del comportamiento de los esmaltes de vitrofusión sobre esmaltes para metal con uso de soplete y horno cerámico mini a alta t°.
T.3	Aplicación de la técnica de esmaltes acuarelables sobre base blanca para metal con horno en piezas para joyería.
T.4	Técnica de células y pasado de fuego sobre esmalte para metal blanco y/o translúcido incoloro para joyería con horno y/o soplete. Según requerimiento.
T.5	Aplicación de pequeñas gemas de vidrio llamado murrinas de colores para aplicar sobre esmalte o engastar en plata, cobre o bronce.

Firma prestador de los servicios	Chantal Porcile

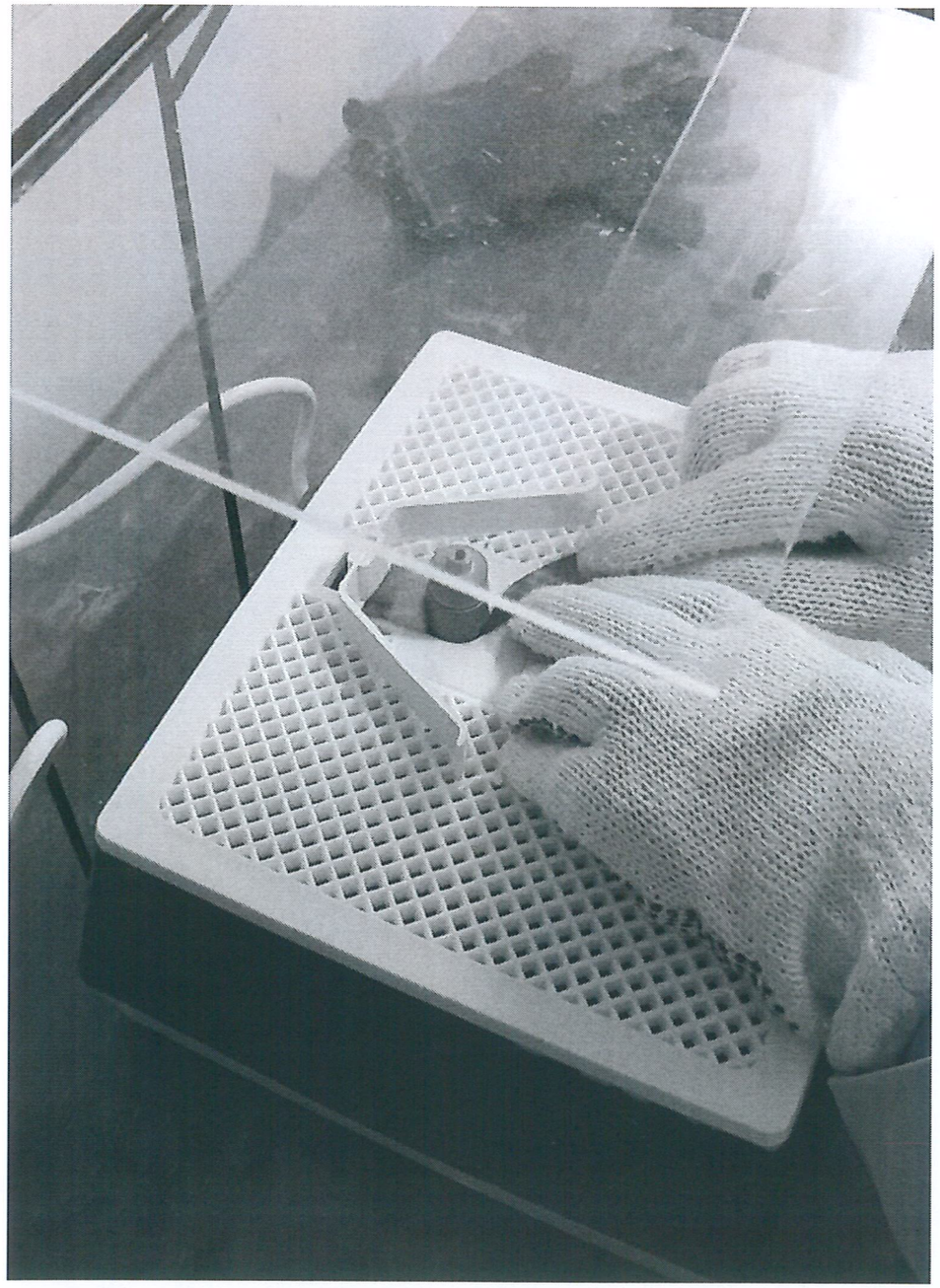
LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

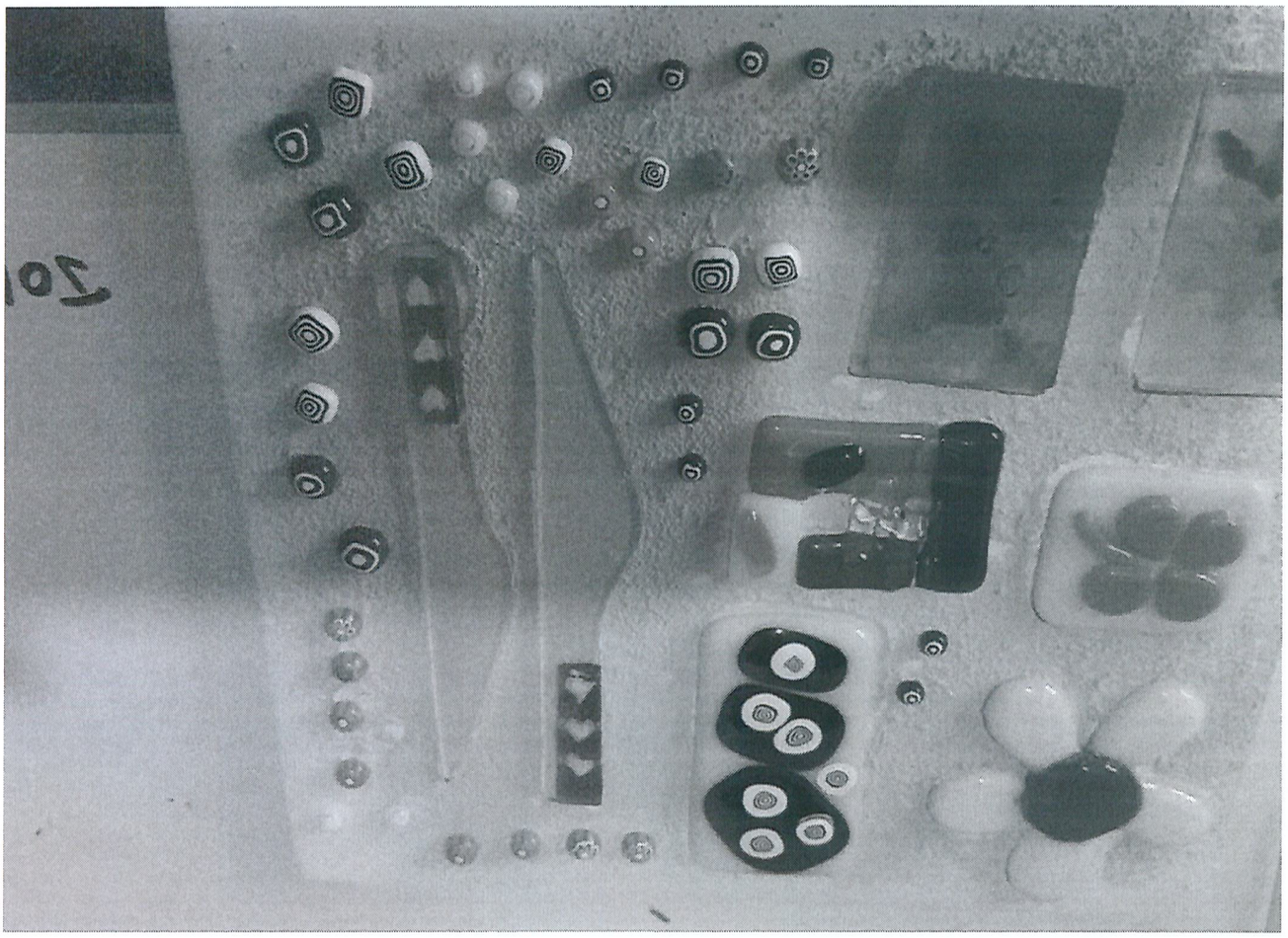
La Directora de Desarrollo Comunitario, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. PORCILE YANINE CHANTAL, RUT: [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes JULIO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue 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. PORCILE YANINE CHANTAL.

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

Las Condes, **JULIO** (mes) de 2025 (año)





ON
OFF

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnalte al Fuego andante	J.V. Horizontes de Apoquindo Manuel Montt 345

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Porrile	Jueves 17:15 a 19:15

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	SESIONES / FECHA	MARZO 20	MARZO 27	ABRIL 03	ABRIL 10	ABRIL 17	ABRIL 24	MAYO 08	MAYO 15	MAYO 22	MAYO 29	JUNIO 05	JUNIO 12	JUNIO 19	JUNIO 26	JULIO 03	JULIO 10	JULIO 17			
1	Mª Paz Carvajal	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	J	J	J	J			
2	Sandra Pasten	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J			
3	Leonore Demick	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J			
4	Vilma Cid	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J			
5	PATRICIA TRONCOSO	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P			
6	Michele Oleé	P	P	P	P	J	RETIRADA						/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	Mª de la Luz	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	J	J			
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	6	6	4	4	4	4	1	4	4	4	5	3	3	3	2			

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

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

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

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/2025	Departamento de Gestión de Talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/2025	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. MÉDICO (SI / NO)
1																					NO	NO
2																					NO	NO
3																					NO	NO
4																					NO	NO
5																					NO	NO
6																					NO	NO
7																					NO	NO
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Crystal Poblete
FIRMA PROFESOR

Esmalte al Fuego en Cobre

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Esmalte al Fuego en Cobre	JV. Horizontes de Ojo Quinto. MOVROE 84/84

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Crystal Pozile	Jueves 9:45 - 11:45

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1 MARZO 20	2 MARZO 27	3 ABRIL 03	4 ABRIL 10	5 ABRIL 17	6 ABRIL 24	7 MAYO 08	8 MAYO 15	9 MAYO 22	10 MAYO 29	11 JUNIO 05	12 JUNIO 12	13 JUNIO 19	14 JUNIO 26	15 JULIO 03	16 JULIO 10	17 JULIO 17	18	19	20
1	Gloria Rico - Righi		/	/	/	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J			
2	Wilma Robles		P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J			
3	Silvia Fuentes		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J			
4	Carolina Merino		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P			
5	Carla Palacios		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P			
6	Soledad Izquierdo		P	J	B	E	T	I	R	A	D	A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	Eliana Oliña.		/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	J	J	J	J	J	J	J			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	2	2	1	2	1	2	2			

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.

. DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 6
17/03/2025	Departamento de Gestión de Talleres	(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2025	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																					No	No
2																					No	No
3																					Si	No
4																					No	No
5																					Si	No
6																					No	No
7																					No	No
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
17/03/2025	Departamento de Gestión de Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/11/2025	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. MÉDICO (SI / NO)
1																					Si	No
2																					No	No
3																					Si	No
4																					Si	No
5																					Si	No
6																					No	No
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Esmalte al Fuego en Cobre	J.V. Horizontes de Apoquindo, Monroe 8484.

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Porile	Jueves 15:00 a 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
			MARZO 20	MARZO 27	ABRIL 03	ABRIL 10	ABRIL 17	ABRIL 24	MAYO 08	MAYO 15	MAYO 22	MAYO 29	JUNIO 05	JUNIO 12	JUNIO 19	JUNIO 26	JULIO 03	JULIO 10	JULIO 17			
1	Paulina de la Cuadra		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	Soledad Ríos		P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P			
3	Samdoc Rosten		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J			
4	Gladys Contreras		P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P			
5	Leonora Demick		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J			
6	Cecilia Boeso		J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J			
7	Mª de la Luz		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	J	J			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		5	5	5	5	6	6	6	5	3	5	5	5	5	4	4	4	3			

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

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

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

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

. DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/2025	Departamento de Gestión de Talleres

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

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2025	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																					No	No
2																					No	No
3																					No	No
4																					No	No
5																					No	No
6																					No	No
7																					No	No
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Vitrofusion	J.V Horizontes de Quinchamalí. Monroe 8484

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Torres	martes 11:45 a 13:45

	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
			Marzo 18	Marzo 25	Abril 01	Abril 08	Abril 15	Abril 22	Abril 29	Mayo 06	Mayo 13	Mayo 20	Mayo 27	Junio 03	Junio 10	Junio 17	Junio 24	Julio 01	Julio 08	Julio 15		
1	Soledad Pros		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J		
2	Soledad Izquierdo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	Silvia Fuentes		J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J		
4	Sandra Pasten		/	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P		
5	Michele Olea		P	P	P	P	P	P	J	J	R	E	T	I	R	A	D	A	/	/	/	/
6	Loreto Pulido		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J		
7	Nicole Gonzalez		/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	P	P	P	J	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		4	5	5	5	6	6	5	5	5	5	6	5	4	4	4	5	4	3		

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

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

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

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

. DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 6
17/03/2025	Departamento de Gestión de Talleres	(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	**PROGRAMA**	
30/03/2025	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																					No	No
2																					No	No
3																					Si	No
4																					No	No
5																					No	No
6																					No	No
7																					No	No
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Esmalte al Fuego en Cobre	J.V Horizontes de Quinquindo. Monroe 8484.

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Pancile	Martes de 9:30 a 11:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1 MARZO 18	2 MARZO 25	3 ABRIL 01	4 ABRIL 08	5 ABRIL 15	6 ABRIL 22	7 ABRIL 29	8 MAYO 06	9 MAYO 13	10 MAYO 20	11 MAYO 27	12 JUNIO 03	13 JUNIO 10	14 JUNIO 17	15 JUNIO 24	16 JULIO 01	17 JULIO 08	18 JULIO 15	19	20
1	Eliana Araya		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	J		
2	Mª Inés Pérez		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J		
3	Guadalupe Titichoca		P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P		
4	Vivian Albornoz		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	RE	T	R	AD	A
5	Cristina Gautier		/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	J	J	P	J	P	P	P	J		
6	Elizabeth Vásquez		P	P	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																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		4	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	2	5	4	4	2		

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

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

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

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

. DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 6
17/03/2025	Departamento de Gestión de talleres	(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2025	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																					NO	
2																					SI	
3																					SI	
4																					NO	
5																					NO	
6																					NO	
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Vitrofusión	U.C.A.M - H. de Magallanes 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Porcile	Viernes 9:30 a 11:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	MARZO 21	MARZO 28	ABRIL 04	ABRIL 11	ABRIL 25	MAYO 09	MAYO 16	MAYO 23	MAYO 30	JUNIO 06	JUNIO 13	JUNIO 20	JUNIO 27	JULIO 05	JULIO 11	JULIO 18	JULIO 25			
1	Ma. Luisa Garcia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J		P	P	P	P				
2	Leonora Demick		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J		J	J	P	P				
3	Claudia Aguilar		P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J		P	P	P	P				
4	Vilma Cid		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P				
5	Christine Yeomans		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P				
6	Carmen Borquez		/	/	/	/	/	/	/	P	P	P	P	H	P	P	P	P				
7														H								
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	N° DE ASISTENTES POR SESION		5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	/	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/2025	Departamento de Gestión de Talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 6
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO	PROGRAMA
30/03/2025	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
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

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

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Vitrofusión	U.C.A.M.- H de Magallanes 487.

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Porcik	Viernes 11:45 a 13:45

	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
			MAR 21	MAR 28	ABRIL 04	ABRIL 11	ABRIL 25	MAYO 09	MAYO 16	MAYO 23	MAYO 30	JUNIO 06	JUNIO 13	JUNIO 20	JUNIO 27	JULIO 05	JULIO 11	JULIO 18	JULIO 25			
1	Paulina de la Cuadra		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P				
2	Ximena Chacón		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	O	P	J	J	J				
3	Gladys Contreras		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	F	P	P	P	P				
4	Leonora Oemick		P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	A	P	P	P	P				
5	Vilma Ciol		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	R	P	P	P	P				
6	Cecilia Boero		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	D	P	J	J	J				
7	Cristian GAUTIER		/	/	/	/	/	/	/	/	P	J	J	E	P	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		6	6	6	6	6	6	5	2	5	5	4	/	7	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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
17/03/2025	Departamento de Gestión de Talleres

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

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2025	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																					No	No
2																					No	No
3																					No	No
4																					No	No
																					No	No
6																					No	No
7																					No	No
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Fernanda Parra.
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Vitrofusión	U.C.A.M - Hernando de Magallanes 487

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chantal Porub	Viernes 14:00 a 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
		FECHA	MARZO 21	MARZO 28	ABRIL 04	ABRIL 11	ABRIL 25	MAYO 02	MAYO 16	MAYO 23	MAYO 30	JUNIO 06	JUNIO 13	JUNIO 20	JUNIO 27	JULIO 05	JULIO 11	JULIO 18				
1	Pauline De la Cuadra		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P				
2	Gladys Contreras		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	Feriado	P	P	P	P				
3	Leonor Araya		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P		P	P	P	P				
4	Leonora Donick		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J		P	P	P	P				
5	Cecilia Barra		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	J	J				
6	Sonia Rigo-Righi		P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	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 SESION		6	6	6	6	6	6	5	2	5	4	4	/	6	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.

. DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 6
17/03/2025	Departamento Gestión de Talleres	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO	PROGRAMA
30/11/2025	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																					No	No
2																					No	No
3																					No	No
4																					No	No
5																					No	No
6																					NO	NO
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

FIRMA PROFESOR