

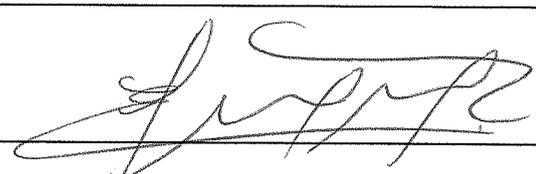
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	GONZALEZ MEDINA GEORGINA		
RUT	[REDACTED]	Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	CORTE Y CONFECCION INTERMEDIO	LUN 18:15-20:15	—	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	4
T.7	CORTE Y CONFECCION INTERMEDIO	JUE 19:00-21:00	—	PUQUIOS 9187	6
T.8	COSTURA BASICO	MIE 17:30-19:30	—	ALEJANDRO FLEMING 9599 BLOCK A1 DEPTO. 106	6
T.9	COSTURA BASICO	MIE 20:00-22:00	—	ALEJANDRO FLEMING 9599 BLOCK A1 DEPTO. 106	6
T.10	COSTURA BASICO	JUE 16:30-18:30	—	PUQUIOS 9187	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	COPIA DE MODELO BLUSA Y VESTIDO, CORTE Y CONFECCIÓN DE LA MISMA. AVANZE SEGÚN HABILIDAD DEL ALUMNO.
T.7	CONFECCIÓN POLERÓN, USANDO TÉCNICAS DE BOLSILLO, CUELLO Y CIERRE.
T.8	COPIA DE MODELO POLERA MANGA LARGA, CORTE Y CONFECCIÓN DE LA MISMA EN TELA LANILLA. RECORDATORIO USO MAQUINAS RECTA Y OVERLOCK
T.9	TÉCNICA EN CONFECCIÓN DE BOLSILLOS PANTALÓN, CUELLO ESCOTE V Y REDONDO RECORDATORIO USO DE MAQUINAS RECTA Y OVERLOCK
T.10	USO DE SESGO EN ESCOTE Y BORDES DE SUSA (MANGA) CONFECCIÓN DE ESCOTE CON CIERRE Y BOLSILLO.

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

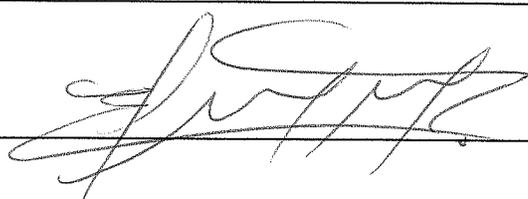
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

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

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CORTE Y CONFECCION BASICO	MAR 19:30-21:30	—	PAUL HARRIS 1558	7
T.2	CORTE Y CONFECCION BASICO	JUE 10:30-12:30	—	PAUL HARRIS 1558	7
T.3	CORTE Y CONFECCION BASICO	LUN 16:00-18:00	—	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	6
T.4	CORTE Y CONFECCION INTERMEDIO	MIE 10:00-12:00	—	PUQUIOS 9187	8
T.5	CORTE Y CONFECCION INTERMEDIO	MIE 12:15-14:15	—	PUQUIOS 9187	9

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	SE COPIA EL MODELO EN PAPEL DE UN BOLSERO O PANTALON YA CONFECCIONADO. SE TRAZA EN TELA, SE CORTA Y CONFECCIONA. EL TÉRMINO DE CADA TRABAJO DEPENDE DE LA HABILIDAD DE CADA ALUMNO.
T.2	RECORDATORIO EN USO DE MAQUINAS DE COSER RECTA Y OVERLOK. SE REALIZAN ARREGLOS GENERALES, EJ: BASTAS, ENANGOSTAR PANTALON O BLUSA Y CAMBIO DE CIERRES
T.3	SE TRABAJA EN DISTINTAS TÉCNICAS: COLOCACION DE CUELLO REDONDO Y V. BOLSULOS LATERALES DE PANTALON. PRETINAS EN PANTALON Y FALDA, ETC
T.4	CONFECCIÓN DE BOLSOS DISTINTOS MODELOS. " " ESTUCHES " " " " COJINES " "
T.5	CONFECCIÓN DE BOLSOS DISTINTOS MODELOS " " ESTUCHES " " " " COJINES " "

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

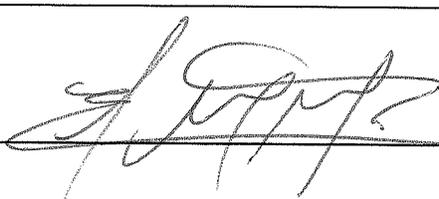
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

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

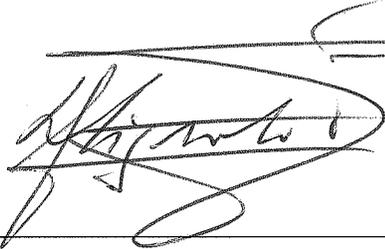
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1 1	COSTURA BASICO	MAR 11:10-13:10	—	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	6
T.1 2	COSTURA BASICO	MAR 09:00-11:00	—	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	6
T.1 3	—	—	—	—	
T.1 4	—	—	—	—	
T.1 5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	CONFECCIÓN DE COJINES CON CRUZE EN PARTE POSTERIOR. CONFECCIÓN DE MINI-BOLSITOS CON MANILLAS.
T.12	USO DE MAQUINA OVERLOCK. CAMBIO DE AGUJAS Y ENHEBRADO. MANTENCIÓN BÁSICA DE MAQUINAS (LIMPIEZA, ACEITADO)
T.13	
T.14	
T.15	

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

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. GONZALEZ MEDINA GEORGINA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2025; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. GONZALEZ MEDINA GEORGINA.

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

Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: CODEE Y CONF. BAZUCO
LUGAR DE EJECUCION: PAUL HARRIS 155R
NOMBRE DEL PROFESOR: COINA SQUARLES
DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: MARTES 19:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SEXO	E	DIA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 SANDA SERRA	F	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
2 FRANCISCO FERR	M	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
3 PATRICIA JORDAN	F	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
4 ILEA ESCOBAR	F	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
5 ELIANA LIBRA	F	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
6 ANDIANA LILLO	F	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
7 EGER NAVABRO	M	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
8 VILHA PUNZ	F	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
9 ROSEANA ZAPATE	F	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
10 JAMES CORDERO	M	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION
 MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "X" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 17-03
DEPARTAMENTO: COMISION DE CONTAMINACION Y TALLERES
F. TERMINO: 30-11
PROGRAMA: TALLERES DE CUIDADO PERSONAL Y DE BEMODERADO
INSCRIPCION MENINA: 9
El/los instructor/es debe/n tener el/los conocimientos de la materia

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

[Handwritten Signature]
 PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: León y Conf. Bata
LUGAR DE EJECUCIÓN: Paul Harris 1558
NOMBRE DEL PROFESOR: Leon Carabla
DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Viernes 10:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Impresita)	SECCIÓN	DÍAS																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
2. <u>Jelit Lopez</u>																						
3. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
4. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
5. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
6. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
7. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
8. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
9. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
10. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
11. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
12. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
13. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
14. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
15. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
16. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
17. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
18. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
19. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
20. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
21. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
22. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
23. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
24. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						
25. <u>Yolanda Sotomayor</u>																						

Nº DE ASISTENTES POR SECCIÓN: [Grid for recording attendance counts per section]

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
 MARQUE CON UNA "N" 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, HIPOGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AERÓBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 17-03
F. TÉRMINO: 20-11
DEPARTAMENTO: DIRECCIÓN DE CULTURA Y DEPORTES
PROGRAMA: TALLERES DEPORTIVOS Y DE PASATIEMPO
INSCRIPCIÓN NÚMERO: 8

Nº	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DÍAS																				ADULTOS MAYORES (SI/NO)	PRESENCIA CERTIFICADA (SI/NO)	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
2	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
3	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
4	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
5	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
6	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
7	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
8	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
9	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
10	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
11	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
12	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
13	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
14	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
15	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
16	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
17	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
18	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
19	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
20	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
21	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
22	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
23	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
24	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							
25	<u>Yolanda Sotomayor</u>																							


 DIRECTOR GENERAL

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL PAIS: Costa Rica
 NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Cultural

NOMBRE DE LA ASIGNATURA: Artes Plásticas II
 SEMESTRE Y HORAS: 10^o - 100 HRS

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Lugar de Nacimiento)	DÍAS																															
	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	26	27	28	29	30	31	
1. Ana María																																
2. María José																																
3. Patricia Silva																																
4. Ana Carolina																																
5. Nancy Ruiz																																
6. María Guzmán																																
7. María Solís																																
8. Carolina Jiménez																																
9. Patricia Rodríguez																																
10. María Cruz																																
11. Ana Solís																																

Nº DE ASISTENTES POR ASIGNATURA: _____
 NOMBRE DEL PROFESOR: _____
 NOMBRE DEL CENTRO: _____
 NOMBRE DEL PAIS: _____

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO RECONOCIDO AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, TUNJA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCALES Y AERÓBICO. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

INSTITUCION: _____
 DEPARTAMENTO: Centro Cultural
 INSTITUCION MAESTRA: _____
 T. TALLERES: _____
 T. PROFESOR: _____

DÍAS	ASISTENTES		ASISTENTES MAYORES	PRESENTA CERTIFICADO
	1	2		
1			5	5
2			5	5
3			5	5
4			5	5
5			5	5
6			5	5
7			5	5
8			5	5
9			5	5
10			5	5
11			5	5
12			5	5
13			5	5
14			5	5
15			5	5
16			5	5
17			5	5
18			5	5
19			5	5
20			5	5
21			5	5
22			5	5
23			5	5
24			5	5
25			5	5
26			5	5
27			5	5
28			5	5
29			5	5
30			5	5
31			5	5


 FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Yoga y Tai Chi Integral
 LUGAR DE EJECUCION: Colo 7.000
 NOMBRE DEL PROFESOR: Georgina Gonzalez
 DIA Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Viernes 18:30 - 20:30

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Impresita)	C	N	SESIONES																															
			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	26	27	28	29	30		
1 ANGEL VILA - BEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2 FLORENTINA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3 T. VES FLORE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
4 LGA TERSOTT	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5 YESSI SILVA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
6 DANI DIAZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ANA GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 FRED HARTMAN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 ALICIA DEWECKEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 PATENCIA GOMEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

STENTES POR SECCION

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	26	27	28	29	30
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
 CON UNA "Y" (SI) SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
 CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

DE ASISTENCIA

Y. INICI: 11/02/2025
 DEPARTAMENTO: CELESTES DE SUPERVISOR TALLERES
 DESCRIPCION SERVICIO: 6
 F. TERMINO: 20/02/2025
 PROGRAMA: MANEJO DE EMERGENCIAS Y DEFENSA CIVIL

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	SESIONES																																	
	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	26	27	28	29	30				
1 ANGEL VILA - BEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2 FLORENTINA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 T. VES FLORE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 LGA TERSOTT	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 YESSI SILVA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 DANI DIAZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ANA GARCIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 FRED HARTMAN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 ALICIA DEWECKEN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 PATENCIA GOMEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

STENTES POR SECCION

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	26	27	28	29	30
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
 CON UNA "Y" (SI) SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
 CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

LES ADULTO MAYOR (SI/NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI/NO)
NO	NO
NO	NO
SI	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
SI	NO

[Firma]
 FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER Corte y Cose Intermiemo	LUGAR DE EJECUCION Ruinas 9157
NOMBRE DEL PROFESOR GORGINA GONZALEZ M	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Jueves 19:00 - 21:00

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
1 LINA PEÑAS	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 LUIS ESCOBED	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 MARIL ESCOBED	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 FRANCISCA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 TERESA PONERO	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 LILI TERREIRA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 MARTA QUJE	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 ROSANA HERRERA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 NANCY QUERONA	L		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 ISABEL HERRERA	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
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 "J" (SI/NO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

F. INICIO 17-03	DEPARTAMENTO REGION DE CONTRAOS Y TALLERES	INSCRIPCION MINIMA : 10 <small>(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)</small>
F. TERMINO 30-11	PROGRAMA TALLERES DE REPARACION Y DE DESARROLLO	

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

[Firma]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Cursos Básicos
LUGAR DE EJECUCIÓN: Plantel 1577 Av. 100. Bloque A /
NOMBRE DEL PROFESOR: LUIS GONZALEZ
DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: MIÉRCOLES 17:30 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Impresita)	SEXO	DÍAS																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <u>FRANCISCA GARCÍA</u>	<u>F</u>	<u>P</u>																			
2. <u>MARCELO GARCÍA</u>	<u>M</u>	<u>P</u>																			
3. <u>LUCIANA RAMÍREZ</u>	<u>F</u>	<u>P</u>																			
4. <u>MONICA CASTAÑO</u>	<u>F</u>	<u>P</u>																			
5. <u>YIMARA ESCOBAR</u>	<u>F</u>	<u>P</u>																			
6. <u>ANITA ESCOBAR</u>	<u>F</u>	<u>P</u>																			
7. <u>CLAUDIA HERNÁNDEZ</u>	<u>F</u>	<u>P</u>																			

Nº DE ASISTENTES POR SECCIÓN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UNA "1" (DEAD) SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UNA "2" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTA

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 17-03
F. TÉRMINO: 30-11
DEPARTAMENTO: deportes, lecciones y talleres
PROGRAMA: TALLERES DEPORTES Y DE BIODIVERSIDAD
INSCRIPCIÓN MENSA: 0

DÍAS	LES ADULTO MAYORES		PRESENTA CERTIF. MEDICO	
	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
1	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
2	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
3	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
4	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
5	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
6	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
7	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
8	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
9	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
10	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
11	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
12	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
13	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
14	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
15	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
16	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
17	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
18	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
19	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
20	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
21	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
22	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
23	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
24	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
25	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
26	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
27	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
28	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
29	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
30	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
31	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
32	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
33	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
34	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
35	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
36	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
37	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
38	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
39	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>
40	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>SI</u>	<u>SI</u>


 FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: COSTURA BASICO LUGAR DE EJECUCION: PUEBLAS 9187

NOMBRE DEL PROFESOR: LINA GONZALEZ M DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: JUEVES 16:30 HRS 18:30

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	SESIONES																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	LINA MELES	V																			
2	Lili FERREIRA	V																			
3	MARTA OLIVE	V																			
4	ROXANA HERRERA	V																			
5	SABEL HERRERA	V																			
6	DELTA LINDA	V																			
7	SABEL RONAU	V																			
8	TERE	V																			
9	ROXANA	V																			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "J" (BLANCO) 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: 17-03-25 DEPARTAMENTO: ARTES DE COLECCIONES Y TALLERES INSCRIPCION MINIMA: 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO: 20-03-25 PROGRAMA: TALLERES DE COLECCIONES Y TALLERES

N	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	SESIONES																				¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	LINA MELES	V																				SI	NO
2	Lili FERREIRA	V																				SI	NO
3	MARTA OLIVE	V																				SI	NO
4	ROXANA HERRERA	V																				NO	NO
5	SABEL HERRERA	V																				NO	NO
6	DELTA LINDA	V																				SI	NO
7	SABEL RONAU	V																				SI	NO
8	TERE	V																				NO	NO
9	ROXANA	V																				NO	NO

[Firma]
FIRMA PROFESOR

