

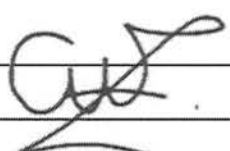
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	IBIETA FUENTES VIRGINIA ISABEL		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	APOYO ESCOLAR INGLES	JUE 16:30-18:00	---	PAUL HARRIS 1558	4
T.2	INGLES BASICO	MIE 16:30-18:00	---	PAUL HARRIS 1558	6
T.3	INGLES BASICO 1	JUE 14:00-16:00	---	LA RABIDA 5300	5
T.4	INGLES BASICO 1	MIE 10:00-12:00	---	LA RABIDA 5300	7
T.5	INGLES INTERMEDIO	VIE 15:00-17:00	---	LA RABIDA 5300	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Apoyo escolar, se les refuerza los contenidos que ven en sus colegios, sino traen nada se les da una guía de trabajo según nivel, estos niveles van de 5to a 8vo básico
T.2	Inglés de 5 a 8 básico, cada clase trabajamos guías acorde a sus niveles y una vez al mes realizamos juegos en inglés "kahoot"
T.3	Nivel básico de inglés trabajamos con un libro el cual cuenta con un studentbook y un workbook vamos en la unidad 3C presente simple afirmación, negación e interrogación las unidades cuentan de a,b, y c luego se realiza una evaluación de la unidad para comprobar los aprendizajes. Se trabajan las 4 habilidades en cada clase.
T.4	Nivel básico trabajamos con un texto studentbook y workbook vamos en la unidad 11B primer y segundo condicional, al término de la unidad realizamos una evaluación, en cada clase se trabajan las 4 habilidades.
T.5	Inglés pre intermedio trabajamos con un libro studentbook y workbook vamos en la unidad 6C presente perfecto, afirmación, negación e interrogación, se refuerzan los verbos cada clase y se realiza un warm up al inicio donde realizamos conversaciones. se trabajan las 4 habilidades cada clase.

Firma prestador de los servicios	
---	---

--	--

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

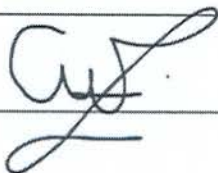
Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	IBIETA FUENTES VIRGINIA ISABEL		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	INGLES INTERMEDIO 2	MAR 14:30-16:30	---	LA RABIDA 5300	7
T.7	INGLES INTERMEDIO 3	MAR 11:00-13:00	---	LA RABIDA 5300	7
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Inglés pre intermedio utilizamos in libro que cuenta de un studentbook y un workbook, vamos en la unidad 8º pasado simple afirmación negación e interrogación. Trabajamos las 4 habilidades todas las clases.
T.7	Inglés intermedio utilizamos un libro para tener un orden pero en su mayoría es conversación de igual manera utilizamos las 4 habilidades, vamos en la unidad 5B reported spech.
T.8	
T.9	
T.10	

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. IBIETA FUENTES VIRGINIA ISABEL, 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. IBIETA FUENTES VIRGINIA ISABEL.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T.3



T.4



T.5



T.6



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Apoyo Escolar Ingles	JV Vidal Apogando Oriente
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Virginia Ibieta Fuentes	Jueves 16:30 18:00

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
			30/03	27/03	03/04	17/04	24/04	01/05	15/05	22/05	08/05	15/05	19/05	26/05	02/06	09/06	16/06	23/06	30/06	07/07	14/07	21/07
1 Clemente Ossa			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Trinidad Saez																						
3 Isidora Alvaron																						
4 Dotilda Gofre			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Amalia Fuentes			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Matias Bruneo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Martino Ocaña			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Rodrigo Ramirez																						
9 Emiliano Neza																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION	4	6	6	6	4	5	7	3	5	4	6	6	5	4	0	5	6	4	7
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.

26/06 Junta Comunal

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Inglés Básico	Vital Apoguinde Orient
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Virginia Ibieta Fuentes	Miércoles 16:30 18:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			F E C H A																			
1 Clemente Ossa			P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
2 Tomas Salgado			J	J	J	P	P	J	J	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	J	J
3 Darby de Puyt			J	J	J	P	P	P	J	J	J	J	P	J	P	P	/	P	P	P	P	/
4 Amalia Fuentes			P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Vicente Ampuero			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Andre Parro			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Constanza Osorio			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	P	P
8 Josefa Torres			/	/	P	J	J	P	J	/	P	J	P	P	P	/	/	J	P	J	P	J
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	7	7	6	5	5	7	4	7	5	8	6	6	7	7	6	7	4
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

J Idioma 16

LUGAR DE EJECUCION

JV Los Desubridores. La Rabida #5300

NOMBRE DEL PROFESOR

Virginia Jbieta Lueke

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Jueves 14⁰⁰ 16⁰⁰

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				27/03	03/04	10/04	17/04	24/04	01/05	08/05	15/05	22/05	29/05	05/06	12/06	19/06	26/06	03/07	10/07	17/07	24/07	31/07	07/08
1	Bertriz Gonzales			/	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Adela Henriquez			/	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Cristian Romero			/	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P	J	P	J	P
4	Maximiliano Romero			/	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P				
5	Ruth Muñoz			/	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	P				
6	Luis Arrascaeta			/	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
7	Patricio Vasquez									P	J	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	Bastian Rojas			/	/	/	J	J	J	J	/	/	/	J	J	/	/	/	/				P
9	Maribel																					P	
10	D ^a Elena																			P	P	P	
11	Alejandra																						
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	16	14	13	15	17	15	16	16	15	15	16	13	14	14	17	15	15	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 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

NOMBRE DEL TALLER

Idioma 16

NOMBRE DEL PROFESOR

Virginia Sbrera Furek

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESSIONS

F. INIÇIO

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA

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

F. TERMINO

PROGRAMA

[illegible]

¿ES ADULTO
MAYOR?

[SI / NC]

PRESENTA
CERTIF.
MEDICO

(Si / NO)

1	P
2	P
3	C
4	B
5	R
6	J
7	P
8	B
9	P
10	P
11	f
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A

MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTO

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, Y ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Inglés Básico I	JV Los Descubridores, La Roble #5300
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Virginia Ibáñez Fuentes	Miércoles 10 ⁰⁰ 12 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
			19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7
1. Cristina Cuevas			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
2. Carmen Fontana			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Pilar Kramm			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Juan Alarcón			P	P	J	P	J	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. Fernando Mendoza			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. Carolina Arango			P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	J	J	P	J	P	P	P	P
7. Mabelada Cuevas			J	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. Rosa María Toro			P	J	P	P	P	J	J	P	J	P	P	J	J	J	/	/	/	/	/	/
9.																						
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	4	5	6	6	8	5	5	8	5	6	6	5	5	7	6	7	7	7
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																			

* 25 sede cerrada

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
Inglés Intermedio

NOMBRE DEL PROFESOR
Virginia Ibieta Fuentes

LUGAR DE EJECUCION
La labda 5300

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

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	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
			21/03/04	28/04/04	11/05/04	18/05/04	25/05/04	01/06/04	08/06/04	15/06/04	22/06/04	29/06/04	06/07/04	13/07/04	20/07/04	27/07/04	03/08/04	10/08/04	17/08/04	24/08/04	31/08/04	07/09/04
1. Dalarena Herrera			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Gilda Giocca			P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Carmen Mecklenburg			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. Gabriela Jimenez			P	P	/	/	/	J	J	J	P	P	P	P	P	/	J	P	P	J	P	P
5. Beatriz Varoso			P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P
6. Vinka Ossandon			P	/	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	P	P	/	P	P
7. Solda Richter			/	/	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
8. Solda Jara			/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J
9. Lorena MacDonald			/	/	/	/	P	P	P	J	P	P	J	P	/	J	P	J	J	J	/	/
10. Victoria Barcelo			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	16	14	15	15	17	17	17	14	18	16	17	17	18	17	13	16	16	14	17	16
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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	LUGAR DE EJECUCION
Ingles Intermedio 2	JV Los Desubridores, La Pabida #5300

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Virginia Ibieta F.	Martes 14 ³⁰ 16 ³⁰

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			FECHA																			
1 Cecilia Martinez			18/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Bernardita Fernandez			18/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Luz Zamora			18/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Paulo Andres Viol			18/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Luis Weitzman			18/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Marcelo Luraschi			18/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Alfonso Kabizic			18/03	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Fabiano Vasquez			18/03	P	P	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																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	5	6	5	7	7	6	6	8	6	6	8	6	7	6	5	4	5	6	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																				

* 24/06
sede cerrada

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.


FIRMA PRO

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Inglés Intermedio 3	Los Desubndores, La Rabida S300
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Virginia Jbielo f.	Marles 11 ⁰⁰ a 13 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
				10/03	03/03	04/03	04/03	05/03	04/03	04/03	05/03	05/03	05/03	06/03	06/03	06/03	06/03	07/03	07/03	07/03	08/03	08/03	08/03
1	Vinka Ossandon				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
2	Malarena Herrera					P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P
3	Olivia Escobedo			P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P
4	luz SKoKnic				P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Cecilia Torres			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Cecilia Rocha			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
7	Vinka Prussing							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
8	Cecilia Zevco							P	P	P	P	P	J	P									
9	Eliane chavez																			P	P	J	J
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	4	6	7	6	7	6	8	8	7	5	7	6	6	4	5	5	7	6	6
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																				
MARQUE CON UN "I" (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.

* 24/05 la junta
cerro por arreglo de tech

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

NOMBRE DEL TALLER

Inglés Intermedio 3

NOMBRE DEL PROFESOR

Virginia Jbierto f.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

Vinka Ossandon
Malarena Herrera
Aida Escobedo
W3 SKoKnic
Cecilia Torres
Cecilia Rochna
Vinka Prussing
Cecilia Revero
Eliana chavez

SESIONES

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

12/19
08/08

¿ES ADULTO MAYOR?
(SI / NO)

PRESI
CER
MED
(SI /

1	PP																		
2	PP																		
3	PP																		
4	PP																		
5	PP																		
6	PP																		
7	B																		
8	B																		
9	PP																		
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

3	7																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASISTENTES POR SESION
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIF

EBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDI
OS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, H
DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OI

FIRMA PI