

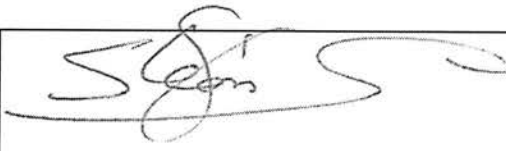
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LEON SAVOY SUSANA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	JUE 09:00-11:00	---	██████████	8
T.12	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	LUN 10:00-12:00	---	██████████	5
T.13	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	LUN 16:15-18:15	---	████████████████████	11
T.14	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	MAR 14:00-16:00	---	████████████████████	8
T.15	TEJIDO Y CROCHET INTERMEDIO	MIE 16:15-18:15	---	████████████████████	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Centros de mesa, gorros y mitones tejidos.
T.12	Chalecos tejidos para bebés, destinados a la fundación.
T.13	Tejieron mantas para coche de bebé y mañanitas.
T.14	Mañanitas y puntillas para la espalda.
T.15	Puntillas para la espalda y carteras elaboradas con hilo de seda.

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. LEON SAVOY SUSANA, 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. LEON SAVOY SUSANA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

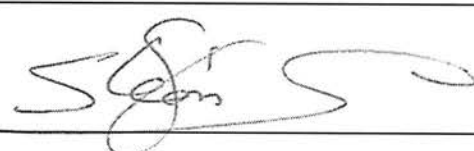
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LEON SAVOY SUSANA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	TEJIDO A CROCHET BASICO	LUN 14:00-16:00	---	██████████	9
T.2	TEJIDO A CROCHET BASICO	MIE 10:00-12:00	---	██████████	5
T.3	TEJIDO A CROCHET INTERMEDIO	MAR 17:15-19:15	---	██████████	11
T.4	TEJIDO A CROCHET INTERMEDIO	MIE 14:00-16:00	---	██████████	8
T.5	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 11:30-13:30	---	██████████	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Comenzaron creando chalecos a crochet para adultos, tanto para damas como para caballeros.
T.2	Bolso diseñado para tejidos y mitones.
T.3	Piecera tejida, chalecos con combinaciones de colores, centros de mesa con cuadrados tejidos y chalecos sin mangas para varones.
T.4	Continuaron con la creación de centros de mesa tejidos y bolsos elaborados con cuadrados a crochet.
T.5	Tejieron calcetines con 8 palillos y ponchos confeccionados con cuadrados grandes.

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

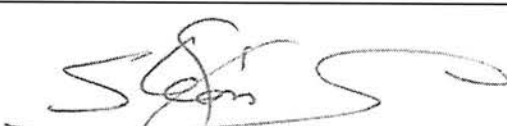
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	LEON SAVOY SUSANA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 15:00-17:00	---	████████████████████	9
T.7	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 09:30-11:30	---	████████	9
T.8	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 18:00-20:00	---	████████████████████	7
T.9	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	VIE 10:00-12:00	---	████████████████████	7
T.10	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 15:00-17:00	---	████████████████████	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Tejieron gorros, cuellos y guantes.
T.7	Realizaron terminaciones en poleras con detalles de gramis.
T.8	Elaboraron terminaciones para salidas de baño, blondas para cenefas y cuadros con diagramas para enmarcar.
T.9	Chalecos tejidos para adultos y bebés.
T.10	Petos tejidos y vestidos a crochet para niñas.

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEJIDO A CROCHET BASICO	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SUSANA LEON SAVOY	LUNES 14:00 A 16:00 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025	01/09/2025	08/09/2025	15/09/2025	22/09/2025	29/09/2025	06/10/2025	13/10/2025	20/10/2025
1	BUNSTER BRIONES JUANA MONICA	REI		P	P	P	P												
2	COSTA BERRIOS CARMEN BIBIANA VICTO			P	P	P	P	P	P	J									
3	DROGUETT GONZALEZ MARIA TERESA			P	J	J	J	J	J										
4	ELFERNAN NASER DALIA SUSANA LUISA			J	J	P	P	J	P	J									
5	FERNANDEZ VELASCO MARIA SOLEDAD			J	J	J	P	P	P	J									
6	GOMEZ SALAMANCA SILVIA			P	P	P	P	P	J	J									
7	GONZALEZ MOYA ROSARIO			P	P	P	P	P	P	P									
8	HERTZ ESCUDERO MARIA CRISTINA			P	P	P	P	P	P	P									
9	LEON VASQUEZ VIVIANA BEATRIZ			P	P	P	J	P	J	J									
10	MUIRHEAD SHEIN PAMELA			P	J	P	P	P	P	P									
11	PARIS CHAMPIN MICHELE DE LOUIRES			J	P	P	P	P	P	P									
12	PEÑA GARRIDO TERESA INES			P	J	J	P	P	P	P									
13	PEREZ PALACIOS MARIA TERESA			J	P	P	J	P	P	P									
14	MOLIS VANKSEVICH VILMA							P	P	P									
15	PEREZ DENNUEZ MARCELA																		
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

N° DE ASISTENTES POR SESION	9	8	10	10	10	7													
% DE ASISTENCIA POR SESION																			
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																			

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

PLANILLA CONTROL

FECHA DE EJECUCIÓN
20 06 2015

DIA Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes 10:15 am

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Lado izquierdo)

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
2	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
3	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
4	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
5	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
6	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
7	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
8	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
9	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
11	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
12	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
13	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
14	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
15	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
16	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
17	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
18	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
19	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
20	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
21	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
22	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
23	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
24	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
25	20	03	07	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 22 1 4 4 4 4 4 3 7 5 3 3 4 5 4 4 4

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "I" (BAJADA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "A" SI EL ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

PLANILLA CONTROL																						
NOMBRE DEL TALLER <i>Yoga, Pilates, Aerobic</i>										LUGAR DE EJECUCION <i>Pje. Concha 1554</i>												
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Roberto Leon</i>										DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Viernes 11:00 - 12:00</i>												
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <i>Rosario Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
22. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
24. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25. <i>María José Pardo</i>			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

N° DE ASISTENTES POR SESION *2 2*

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "N" (BLANK) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

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

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEJIDO A CROCHET INTERMEDIO	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SUSANA LEON SAVOY	MIÉRCOLES 14:00 A 16:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimata)	SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025	06/08/2025	13/08/2025	20/08/2025	27/08/2025	03/09/2025	10/09/2025	17/09/2025	24/09/2025	01/10/2025	08/10/2025	15/10/2025
1. ARRAU ARRAU PAULINA DOLORES			P	P		P	P	P	P									
2. BLANC CARRILLO FRANCES			P	P		P	P	P	P									
3. CONEJEROS ORTEGA RUTH DEL CARMEN			P	P		P	P	P	P									
4. ECHEVERRIA OLIVARES PATRICIA			P	P		P	P	P	P									
5. GRABER BURKO ELIETTE LOURSE			P	P		P	P	P	P									
6. JIMENEZ JIMENEZ CECILIA			P	P		P	P	P	P									
7. LLAMBIAS PARTAL MARIA SOLEDAD			P	P		P	P	P	P									
8. MEJIA ROMAN LILIA			P	P		P	P	P	P									
9. MONTAÑO REINAGA MARY DE			P	P		P	P	P	P									
10. ROMERO ESPINOZA MARIA ISABEL			P	P		P	P	P	P									
11. SAGAS GARCIA FILOMENA GRICELDA			P	P		P	P	P	P									
12. YEE GONZALEZ BERTA			P	P		P	P	P	P									
13. ZALDAINENA GALLEGU LIDIA MARY																		
14.																		
15.																		
16.																		
17.																		
18.																		
19.																		
20.																		
21.																		
22.																		
23.																		
24.																		
25.																		
26.																		
27.																		
28.																		
29.																		
30.																		

F E R I A D O

N° DE ASISTENTES POR SESION	10	9	11	9	8	9	9											
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Taller de Agudo Rítmico, Aeróbico</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>Deaguita 917</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>S. MORALES</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Viernes 15.12</i>

NOMBRE COMPLETO 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
		20-08	21-08	22-08	23-08	24-08	25-08	26-08	27-08	28-08	29-08	30-08	31-08	01-09	02-09	03-09	04-09	05-09	06-09	07-09	08-09
1 Salazar, Fabiana Noe Elena	20-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 Baquedano Campos Delfina	21-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 Casaca Manrique Margarita	22-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 Baquedano Campos Patricia	23-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5 Muñoz Garay Verónica	24-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6 Urellana Valdivia Juan	25-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 Mora Lopez Mariana	26-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8 Cordova Peña Gloria Sofia	27-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9 Alvarez Lopez Gloria del Carmen	28-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10 Medina Gutierrez Ana Rosa	29-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 Huilobro Marina	30-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12 Fox Nara	31-08	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13 Muñoz Carolina	01-09	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14 Gutierrez Evelyn	02-09	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15 Peralta Carolina	03-09	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	19	12	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "J" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

[Firma]

PLANILLA CONTROL																					
NOMBRE DEL TALLER <i>Yoga Pabellón, Mañute</i>										LUGAR DE EJECUCIÓN <i>Cano 1017</i>											
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Sebastián Rojas</i>										DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Martes 18:00 a 19:00</i>											
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra imprenta)	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <i>M. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>M. Jara, Fátima Flores</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <i>P. Jara, Vallerina Jara</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
17. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
22. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
24. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
25. <i>S. Jara, Gabriela Torres</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN *18 18*

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UN "-" SI ALUMNO NO ASISTE A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

MANQUE CON UNA "1" SI ALUMNO ASISTIO A CLASE
MANQUE CON UNA "2" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASE
MANQUE CON UNA "3" 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 AEROSOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
mayo	
F. TERMINO	PROGRAMA
jun	Control de recreación

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
07	08	09	10	11	12					
13	14	15	16	17	18					
19	20	21	22	23	24					
25	26	27	28	29	30					
31	32	33	34	35	36					
37	38	39	40	41	42					
43	44	45	46	47	48					
49	50	51	52	53	54					
55	56	57	58	59	60					
61	62	63	64	65	66					
67	68	69	70	71	72					
73	74	75	76	77	78					
79	80	81	82	83	84					
85	86	87	88	89	90					
91	92	93	94	95	96					
97	98	99	100	101	102					
103	104	105	106	107	108					
109	110	111	112	113	114					
115	116	117	118	119	120					
121	122	123	124	125	126					
127	128	129	130	131	132					
133	134	135	136	137	138					
139	140	141	142	143	144					
145	146	147	148	149	150					
151	152	153	154	155	156					
157	158	159	160	161	162					
163	164	165	166	167	168					
169	170	171	172	173	174					
175	176	177	178	179	180					
181	182	183	184	185	186					
187	188	189	190	191	192					
193	194	195	196	197	198					
199	200	201	202	203	204					
205	206	207	208	209	210					
211	212	213	214	215	216					
217	218	219	220	221	222					
223	224	225	226	227	228					
229	230	231	232	233	234					
235	236	237	238	239	240					
241	242	243	244	245	246					
247	248	249	250	251	252					
253	254	255	256	257	258					
259	260	261	262	263	264					
265	266	267	268	269	270					
271	272	273	274	275	276					
277	278	279	280	281	282					
283	284	285	286	287	288					
289	290	291	292	293	294					
295	296	297	298	299	300					
301	302	303	304	305	306					
307	308	309	310	311	312					
313	314	315	316	317	318					
319	320	321	322	323	324					
325	326	327	328	329	330					
331	332	333	334	335	336					
337	338	339	340	341	342					
343	344	345	346	347	348					
349	350	351	352	353	354					
355	356	357	358	359	360					
361	362	363	364	365	366					
367	368	369	370	371	372					
373	374	375	376	377	378					
379	380	381	382	383	384					
385	386	387	388	389	390					
391	392	393	394	395	396					
397	398	399	400	401	402					
403	404	405	406	407	408					
409	410	411	412	413	414					
415	416	417	418	419	420					
421	422	423	424	425	426					
427	428	429	430	431	432					
433	434	435	436	437	438					
439	440	441	442	443	444					
445	446	447	448	449	450					
451	452	453	454	455	456					
457	458	459	460	461	462					
463	464	465	466	467	468					
469	470	471	472	473	474					
475	476	477	478	479	480					
481	482	483	484	485	486					
487	488	489	490	491	492					
493	494	495	496	497	498					
499	500	501	502	503	504					
505	506	507	508	509	510					
511	512	513	514	515	516					
517	518	519	520	521	522					
523	524	525	526	527	528					
529	530	531	532	533	534					
535	536	537	538	539	540					
541	542	543	544	545	546					
547	548	549	550	551	552					
553	554	555	556	557	558					
559	560	561	562	563	564					
565	566	567	568	569	570					
571	572	573	574	575	576					
577	578	579	580	581	582					
583	584	585	586	587	588					
589	590	591	592	593	594					
595	596	597	598	599	600					
601	602	603	604	605	606					
607	608	609	610	611	612					
613	614	615	616	617	618					
619	620	621	622	623	624					
625	626	627	628	629	630					
631	632	633	634	635	636					
637	638	639	640	641	642					
643	644	645	646	647	648					
649	650	651	652	653	654					
655	656	657	658	659	660					
661	662	663	664	665	666					
667	668	669	670	671	672					
673	674	675	676	677	678					
679	680	681	682	683	684					
685	686	687	688	689	690					
691	692	693	694	695	696					
697	698	699	700	701	702					
703	704	705	706	707	708					
709	710	711	712	713	714					
715	716	717	718	719	720					
721	722	723	724	725	726					
727	728	729	730	731	732					
733	734	735	736	737	738					
739	740	741	742	743	744					
745	746	747	748	749	750					
751	752	753	754	755	756					
757	758	759	760	761	762					
763	764	765	766	767	768					
769	770	771	772	773	774					
775	776	777	778	779	780					
781	782	783	784	785	786					
787	788	789	790	791	792					
793	794	795	796	797	798					
799	800	801	802	803	804					
805	806	807	808	809	810					
811	812	813	814	815	816					
817	818	819	820	821	822					
823	824	825	826	827	828					
829	830	831	832	833	834					
835	836	837	838	839	840					
841	842	843	844	845	846					
847	848	849	850	851	852					
853	854	855	856	857	858					
859	860	861	862	863	864					
865	866	867	868	869	870					
871	872	873	874	875	876					
877	878	879	880	881	882					
883	884	885	886	887	888					
889	890	891	892	893	894					
895	896	897	898	899	900					
901	902	903	904	905	906					
907	908	909	910	911	912					
913	914	915	916	917	918					
919	920	921	922	923	924					
925	926	927	928	929	930					
931	932	933	934	935	936					
937	938	939	940	941	942					
943	944	945	946	947	948					
949	950	951	952	953	954					
955	956	957	958	959	960					
961	962	963	964	965	966					
967	968	969	970	971	972					
973	974	975	976	977	978					
979	980	981	982	983	984					
985	986	987	988	989	990					
991	992	993	994	995	996					
997	998	999	1000	1001	1002					
1003	1004	1005	1006	1007	1008					
1009	1010	1011	1012	1013	1014					
1015	1016	1017	1018	1019	1020					
1021	1022	1023	1024	1025	1026					
1027	1028	1029	1030	1031	1032					
1033	1034	1035	1036	1037						

[illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Yoga y meditación (Bach)</i>	LUGAR DE EJECUCIÓN <i>Vista Bella</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Diana Mery</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER <i>Viernes 10.00 a 12.00</i>

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
		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	25-07	01-08	08-08
1. <i>Lucy Vargas Monte</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. <i>Sergio Muñoz Matute</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. <i>Patricia Carrasco</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. <i>Guerra Concha Mariposa</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. <i>Leónidas Carrasco Ríos</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. <i>Pamela Alvarado</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. <i>Carolina Pineda</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. <i>Carolina Pineda</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. <i>Patricia Carrasco</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. <i>Patricia Carrasco</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11. <i>Castillo</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12. <i>Carolina Pineda</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13. <i>Carolina Pineda</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14. <i>Carolina Pineda</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

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

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

[Firma]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Segunda Sesión de Clase LUGAR DE EJECUCIÓN: Las Condes 4191

NOMBRE DEL PROFESOR: Sebastián Jarama DÍA Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Viernes 10.12.12

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Apellido)	SESIÓN	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
1. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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. <u>Sebastián Jarama</u>	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
11. <u>Sebastián Jarama</u>	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
12. <u>Sebastián Jarama</u>	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
13. <u>Sebastián Jarama</u>	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
14. <u>Sebastián Jarama</u>	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
15. <u>Sebastián Jarama</u>	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
16. <u>Sebastián Jarama</u>	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
17. <u>Sebastián Jarama</u>	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
18. <u>Sebastián Jarama</u>	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
19. <u>Sebastián Jarama</u>	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
20. <u>Sebastián Jarama</u>	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
21. <u>Sebastián Jarama</u>	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
22. <u>Sebastián Jarama</u>	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
23. <u>Sebastián Jarama</u>	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
24. <u>Sebastián Jarama</u>	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
25. <u>Sebastián Jarama</u>	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

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN: 4 5 5 4 4 3 5 4 5 4 4 6 5 3 4 5 4 6 5

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
SUSANA LEON SAVOY	LUNES 16:15 A 18:15 HRS.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N° FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			07/07/2025	14/07/2025	21/07/2025	28/07/2025	04/08/2025	11/08/2025	18/08/2025	25/08/2025	01/09/2025	08/09/2025	15/09/2025	22/09/2025	29/09/2025	06/10/2025	13/10/2025	20/10/2025
1	ALVARADO MAUREIRA LAURA KATHARINE		P	P	J	J	P	P										
2	BRAVO MELO MONICA		P	P	P	P	P	P										
3	CRUZ MADARIAGA MARCELA	RET	J	J	J													
4	FELLAY PONS MARIA CRISTINA PATRI		P	P	P	P	P	P										
5	FERNANDEZ RETAMAL DARIOLETA DEL CARM		P	P	P	P	P	P										
6	FERRADA MUÑOZ LEONOR		J	J	P	P	P	P										
7	FRANZOY ASTORQUIZA MARIA CRISTINA		P	J	P	P	J	P										
8	GARRETON PURCELL LIDIA MARIA		P	P	J	P	P	P										
9	MEDRANO ORTEGA MIRIAM DE LOYOLA		P	J	P	P	P	P										
10	MOREIRA ZUÑIGA MARTA INES		P	P	J	P	P	P										
11	PARADA VALENZUELA MARIA DE LA LUZ		J	J	P	P	P	P										
12	PINOCHET VALLADARES ANA MARIA DEL CAR		J	P	J	J	P	P										
13	RIVERO BONACICH ADRIANA ALICIA		P	J	P	P	P	J	P									
14	Bianco Nery Aida		J	J	J	J	J	J										
15	Quadrado Chacón María S.							P	P	P								
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	7	7	10	10	10	11	14										
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "J" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
TEJIDO A PALILLO Y CROCHET INTERMEDIO	CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SUSANA LEON SAVOY	MARTES 14:00 A 15:00 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			FECHA															
1 BARRIA MUÑOZ CARMEN GLORIA			01/07/2025	P	P	J	P	S	P	P	P							
2 COVARRUBIAS ESCOBAR MARIA SOLEDAD			08/07/2025	P	J	P	P	P	P	P	P							
3 ENCALADA GALVEZ PILAR DEL CARMEN			15/07/2025	P	P	P	P	P	P	P	P							
4 FERNANDEZ VELASCO MARIA SOLEDAD			22/07/2025	P	P	P	P	P	P	P	P							
5 GALILEA RODRIGUEZ MARIA MERCEDES			29/07/2025	P	P	P	P	S	P	S	P							
6 LARA MUÑOZ IRIS NURYS			05/08/2025	P	J	P	P	P	J	P	P							
7 LARA VIDAL JULIA			12/08/2025	/	/	J	P	S	P	J	P							
8 LIZAMA JAÑA IRMA			19/08/2025	J	P	J	J	P	S	J	J							
9 MIKACIC VALENCIA ARLETTE			26/08/2025	P	P	P	P	P	J	J	J							
10 SALAS COCCOLO ANA MARIA			02/09/2025	/	/	J	J	J	J	J	J							
11 SOLER RUEDLINGER AMPARO			09/09/2025	P	P	P	P	S	P	P	P							
12 TRONCOSO GUILLEN SONIA MARIA			16/09/2025	P	P	P	P	P	P	P	P							
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

N° DE ASISTENTES POR SESION	8	8	8	10	7	9	7	8										
% DE ASISTENCIA POR SESION																		
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO																		

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

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER TEJIDO Y CROCHET INTERMEDIO	LUGAR DE EJECUCION CÍRCULO DE ENCUENTRO ROSA O'HIGGINS
NOMBRE DEL PROFESOR SUSANA LEON SAVOY	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER MIÉRCOLES 16:15 A 18:15 HRS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)	N° FECHA SESION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		02/07/2025	09/07/2025	16/07/2025	23/07/2025	30/07/2025	06/08/2025	13/08/2025	20/08/2025	27/08/2025	03/09/2025	10/09/2025	17/09/2025	24/09/2025	01/10/2025	08/10/2025	15/10/2025
1 ALVARADO MAUREIRA LAURA KATHARINE		P	P		P	P	P	P									
2 CRESPO MOYA PATRICIA JEANNETTE		P	P		P	P	P	P									
3 DELAUNOY PRIETO PATRICIA		P	P		P	P	P	P									
4 FIGUEROA PAVEZ HILDA	RET	/	/		P	P											
5 PRADO MODINGER MARIA ELEONOR		P	P		P	P	P	P									
6 TRISOTTO CARRIEL MIRNA		P	P		P	P	P	P									
7 TRONCOSO ZUÑIGA GILDA JUANA		P	P		P	P	P	P									
8 ZARATE ZARATE JOVITA ORIELA		P	P		P	P	P	P									
9 Benavides Aranaida Doris							P	P									
10 Gonzalez Guterres Antonia							P	P									
11 Wilson Silva R. Sonia								P									
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	

F E R I A D O

N° DE ASISTENTES POR SESION	10	5	6	7	10	11	12	13	14	15	16
% DE ASISTENCIA POR SESION											
% PROMEDIO ASISTENCIA ACUMULADO											

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

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

T2



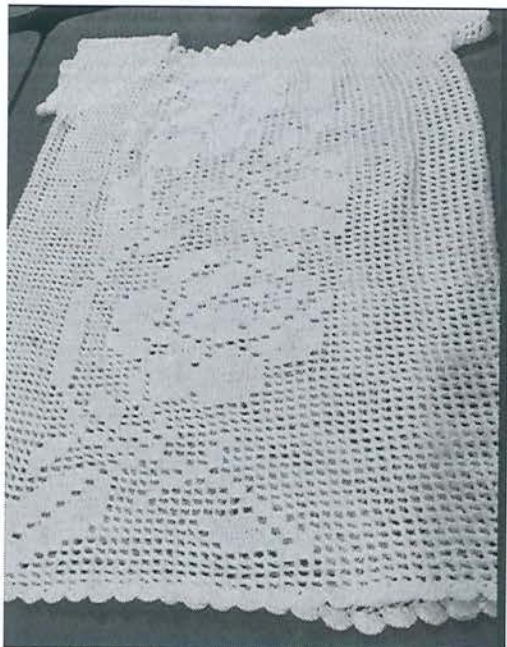
T7



T4



T8



T15



T9



T6

