

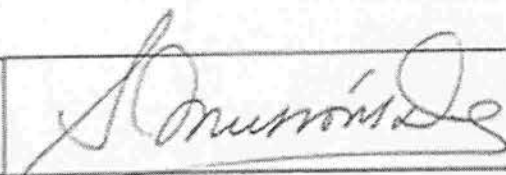
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MUSSONS DOMINGUEZ SANDRA		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T1	TEJIDO A CROCHET BASICO	ME 12:15-14:15	—	[REDACTED]	5
T2	TEJIDO A PALLO AVANZADO	MAR 11:15-13:15	—	[REDACTED]	5
T3	TEJIDO A PALLO BASICO	ME 10:00-12:00	—	[REDACTED]	5
T4	TEJIDO A PALLO BASICO	JUE 10:00-12:00	—	[REDACTED]	7
T5	TEJIDO A PALLO BASICO	LUN 17:00-19:00	—	[REDACTED]	3

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T1	CHALECO SIN MANGAS → CALCULOS DE ALTURA DE SISA E INICIO DE CUEVO, DAR FORMA AL CUEVO, CIERRE HOMBROS. PUNTOS DESLIZADOS CON UNO Y DOS COLORES. 2da. 4da. DE COLOR.
T2	INICIO TRABAJO DE COLOR: BORRO VITA EN JACQUARD. PUNTOS DESLIZADOS UN COLOR, DOS COLORES, Y CON GRAFICO. ELABORACION DE SWEATERS.
T3	PUNTOS DESLIZADOS UNO Y DOS COLORES, CON GRAFICOS. LECTURA DE GRAFICOS. CONTINUAMOS CON CHALECO SIN MANGAS JACQUARD.
T4	CHALECO SIN MANGAS (CONTINUACION) PUNTOS DESLIZADOS → ELABORACION DE MITONES CHALECO COLA DE DRAGON JACQUARD → BORRO BOINA
T5	TERMINACIONES CHALECO SIN MANGAS PUNTOS DESLIZADOS 1 Y 2 COLORES, ELABORACION PROYECTO CON PUNTOS DESLIZADOS VIENTAS CONTAS → CUEVO VDY Y VUEVO

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

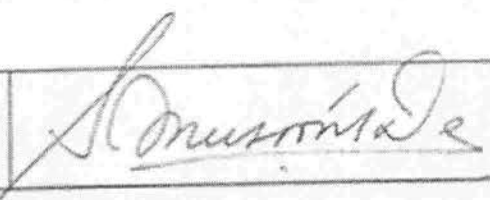
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	MUSSONS DOMINGUEZ SANDRA		
RUT		Periodo del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T6	TEJIDO A PAULLO Y CROCHET BASICO	JUE 17:15-18:15	—		6
T7	TEJIDO A PAULLO Y CROCHET INTERMEDIO	JUE 12:15-14:15	—		7
T8	—	—	—	—	
T9	—	—	—	—	
T10	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T6	BUTANDA CON MANGAS → TRENZA PLANA TIPOS DE FIBRAS, BLOQUEO DE PRENTAS, CALERO DE HUEJIMA Y MEDIDAS CHAVECO LIN MANGAS Y PUNTOS DESLIZADOS
T7	CHAVECO SIN MANGAS (AVANCE) GORRO BOINA JAKUARI MITONES CON PUNTOS DESLIZADOS AVANCE SWEATERS
T8	
T9	
T10	

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. MUSSONS DOMINGUEZ SANDRA, 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. MUSSONS DOMINGUEZ SANDRA.

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
CROQUET BASICO

LUGAR DE EJECUCIÓN
LOS VOLCANES

NOMBRE DEL PROFESOR
SANDRA MANSIONS

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MIÉRCOLES 12¹⁵ - 14¹⁵

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				19/03	26/03	02/04	09/04	16/04	23/04	30/04	07/05	14/05	28/05	4/06	11/06	18/06	25/06	02/07	09/07	16/07	23/07	30/07	6/08
1 PATRICIA MENA				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2 MARCELA MUJER				J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3 FRANCA SUIANCA				P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4 CARMEN ARBORNOZ				J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P
5 DENISSE LO EFF				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6 VERONICA GONZALEZ				P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
7 CARMEN F. COMET				P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	P
8 SARA VANDIVA				P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 EVGENIA NORMANET				/	/	/	P	P	P	P	J	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10 GISELA PEREZ				/	/	/	/	/	P	J	J	J	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J
11 ERIKA GIUTERA				/	/	/	/	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12 ULCIA ITURRA				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P	P	J	J	P	J	P
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible][illegible]

Murmi
FIRMA PROFESOR

2025

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER		LUGAR DE EJECUCIÓN	
TÉCNICO Y CROCET AVANZADO		WJ AUTOPAROS	
NOMBRE DEL PROFESOR		DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER	
JARDINA MUSEOS		MARTES 11:15 - 13:15	
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA
1 ODETE AHUMADA	P	18	17/02/2025
2 MARIEZ BANA HONA	J	25	24/02/2025
3 BERNALITA PINOCHET	J	11	11/03/2025
4 JULIANA AGUILA	/	8	08/03/2025
5 MA ANO. PARRA	P	22	22/03/2025
6 PATRICIA ANDER	J	29	29/03/2025
7 JANINA BRUNA	/	13	13/04/2025
8 MARISOL TREJOS	/	20	20/04/2025
9 LETIZIA BEVORA	/	27	27/04/2025
10 CARMEN ROJAS	/	03	03/05/2025
11		10	10/05/2025
12		17	17/05/2025
13		24	24/05/2025
14		31	31/05/2025
15		07	07/06/2025
16		14	14/06/2025
17		21	21/06/2025
18		28	28/06/2025
19		05	05/07/2025
20		12	12/07/2025
21		19	19/07/2025
22		26	26/07/2025
23		02	02/08/2025
24		09	09/08/2025
25		16	16/08/2025
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		2 6 6 3 5 5 5 7 5 5 6 7 8 7 7 7 5 7 6 7	

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

F. TÉRMINO

PROGRAMA	
----------	--

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____

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

[illegible][illegible][illegible]

[Signature]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
TEJIDO PAVINO.	LOS VOLCANES.
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
JAYMA MULLONS	MIÉRCOLES 10-12

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	LUCÍA ITURRA.			19/03	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	FRANCA J. ANCA			26/03	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	LIZ IT' PARRA.			2/04	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	/	/	/	/	P	P	P	P	P
4	CORTUERO VALDES			9/04	J	P	J	P	P	P	J	J	P	P	J	J	J	P	P	P	J	J	P
5	VERO GONZALEZ.			16/04	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
6	CARMEN E. CORTEZ			23/04	P	P	P	P	J	J	J	J	P	J	P	P	J	J	P	P	P	J	J
7	JACQUELINE LAVAL.			30/04	J	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	J	J	P	P	P
8	EUGENIA RODRIGUEZ			7/05	/	/	/	P	P	P	J	J	P	P	P	/	/	/	J	J	J	J	P
9				14/05																			
10				21/05																			
11				28/05																			
12				4/06																			
13				11/06																			
14				18/06																			
15				25/06																			
16				2/07																			
17				9/07																			
18				16/07																			
19				23/07																			
20				30/07																			
21				6/08																			
22				13/08																			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 5 7 5 8 6 6 6 4 6 4 5 4 3 3 5 5 6 4 5 8

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.

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]

[Signature]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
PAULO BARRIO	LOS VOLCANES
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
LADRA MUSFOS	JUEVES 10:00 - 12:00

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 PATRICIA MEYA			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2 MAIHES LANDEA			/	P	P	P	P	J		P	P	J	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P
3 MA ROSANA MUÑOZ			/	/	P	P	/	P		P	/	/	/	/								
4 CAROLINA ESPINOSA			P	P	P	P	J		P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P
5 LARA TASCUE			/	P	/	P	/															
6 MA LARA MARTINEZ			P	J	P	P	J	P		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
7 ROSA MA CAVER			P	/	P	P	P		P	/	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8 PATRICIA PAREJA			/	J	P	P	P		P	P	/	P	P	J	/	P	J	/	P	P	P	P
9 PATRICIA ORTIZ			/	/	/	P	/	J		P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P
10 LARA VALDIVIA			/	/	P	P	J	P		P	J	J	/	J	P	P	P	P	P	J	P	P
11 PATRICIA LOPEZ																		P	J	J	J	J
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	4	4	8	10	5	5	/	7	7	4	7	6	1	5	5	8	5	6	6	7
-----------------------------	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER TEJIDO PAJINO BASICO	LUGAR DE EJECUCIÓN JUNTA LA CASTAÑA
NOMBRE DEL PROFESOR JANINA MULLONS	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER VIENE 17:15 - 19:15

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
1. GISELA PEREZ.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. MARCELA MULET		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. MARIA ESTER QUINEMAN		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4. SILVIA FINSCH		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5. ISABEL PAMA.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6. JANINA ROS		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7. PAMELA LOPEZ.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8. MARILABEL AGUIRRE		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9. CAROLINA PEREZ.		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10. NICOLE KORACEK		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 SESIÓN	4	4	6	6	5	5	5	5	5	3	4	4	5	3	4	2	2	3	5	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER TESIDO PANINO BONICO
 PROFESOR DANIMA MUSCONC

FECHA 7/ABRIL
12:15 12:15

DE ASISTENCIA

F. INICIO
1/4/25

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA

	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)

PRESENT
 CERTIF
 MEDICC
 (SI / NO)

[Firma]
 FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
PEJIDO PAINO Y CACHOS BANCOS	LOS AUTOTANOS
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
SATINA MUSEUM	JUEVES 17:15 - 19:15

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					20/03/25	27/03/25	03/04/25	10/04/25	17/04/25	24/04/25	01/05/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	05/06/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	03/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	31/07/25
1	EDILA ACUÑA				J	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P
2	JULIANA ALBORNOZ				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ANDRÉS FERNÁNDEZ				P	P	P	P	J	J	P	J	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P
4	ANGELICA ACUÑA				J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
5	ARIELA ACUÑA				J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P
6	MARCELA TIERRA				P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	J	P	J	P
7	CAROLINA VILQUEZ				J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
8	ISABEL GOTTIERO				/	/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	J	J
9	MARCELA FACCHIN				/	/	/	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	2	5	5	8	6	4	6	4	7	4	5	6	5	3	4	5	5	8	5	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
PANINO BASICO	LOS VOLCANES
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
LADRA MUSFORS	JUEVES 10:00 - 12:00

NOMBRE COMPLETO 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 PATRICIA MEYA			20/03	P	P	P	P	P		J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
2 MA IHEI LANDEA			27/03	/	P	P	P	P	J		P	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P
3 MA ROSANA MUÑOZ			03/03	/	/	P	P	/	P		P	/	/	/								
4 CAROLINA ESPINOSA			10/04	P	P	P	P	J		P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P
5 LAURA VARELA			17/04	/	P	/	P	/														
6 MA LAURA MARTINEZ			24/04	P	J	P	P	J	P		P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
7 ROSA MA CALVEZ			01/05	P	/	P	P	P	P		P	/	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J
8 PATRICIA PAREJA			08/05	/	J	P	P	P		P	P	/	P	P	J	/	P	J	/	P	P	P
9 PATRICIA ORIAN			15/05	/	/	/	P	/	J		P	P	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P
10 LARA VALDIVIA			22/05	/	/	P	P	J	P		P	J	J	/	J	P	P	P	P	J	P	P
11 PATRICIA LOPEZ			29/05															P	J	J	J	J
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	44	8	10	5	5	7	7	4	7	6	4	5	5	8	5	6	6	7
-----------------------------	----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR





