

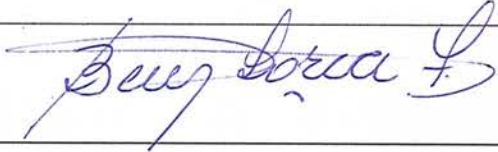
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	LORCA FREDES BENY ROXANE		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T. 1	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	LUN 09:30-11:30	---	██████████	6
T. 2	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MAR 09:30-11:30	---	██████████	6
T. 3	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	MIE 10:00-12:00	---	██████████	8
T. 4	TEJIDO A PALILLO Y CROCHET BASICO	JUE 10:00-12:00	---	██████████	6
T. 5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Material: lana, hilo, palillo, crochet. Se explica como tomar medidas y calcular los puntos. confección de mitones, bufandas y chalecos de guagua y rino (6 años). Punto arroz y jersey
T.2	Material: lana, palillo, crochet. Se enseña a tomar medidas y calcular ptes. confección de gorros, chalecos para adulto. Puntos trenza combinados con punto arroz y correteado.
T.3	curso con más experiencia, estan tejendo chalecos, sweater, puntillas a crochet. Los puntos son los básicos combinados entre ellos.
T.4	curso básico en crochet. Estan tejendo gorros polainas, y colet. A palillo sweater y chal. Los puntos son jersey, arroz y a crochet. punto alto y bajo
T.5	

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

Las Condes, JULIO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Ejido a Palillo y brochet

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

Bey Lora Fredes

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Lunes 930 a 1130 hrs.

	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
					17-3-25	24-3-25	31-3-25	7-4-25	14-4-25	21-4-25	28-4-25	5-5-25	12-5-25	19-5-25	26-5-25	2-6-25	9-6-25	16-6-25	23-6-25	30-6-25	7-7-25	14-7-25	21-7-25	28-7-25
1	Guillermo Sepúlveda E.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	María Lúis Vega J.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Soila Rosa Lucero J.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Label Carolina Hernández	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Julia P. Alonzo de la 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	Rossana Quiñones B.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Lorena Bobadilla Esped	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Paula Baracci															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																								

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

F. INICIO
17-03-25

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____

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

F. TÉRMINO
30-11-25

PROGRAMA
Balones Recreativos y de Des.

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Ejercicio a Saludo y brechet

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR
Perez Torca Fredes

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Viernes 10:00 a 12:00 hrs

	NOMBRE COMPLETO 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	Olivia Valenzuela			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P				
2	M ^{ra} Teresa Lueto F.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P				
3	Marlene Luz Tapia G.					P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P				
4	Quita Tapia Castillo					P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P				
5	Olivia Leiva			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
6	Ester Barraza F.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P				
7	Magdalena González			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P				
8	Sara Barrientos					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 SESIÓN	5	5	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	6	5	7	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Eyido Paillo 7 brach

LUGAR DE EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

Jeny Porca

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Jueves 10⁰⁰ a 12⁰⁰ hrs

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		20-3-21	21-3-21	3-4-21	10-4-21	17-4-21	24-4-21	8-5-21	15-5-21	22-5-21	29-5-21	5-6-21	12-6-21	19-6-21	26-6-21	3-7-21	10-7-21	17-7-21			
1	Leslie Wagaña B				J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
2	Paulina Topre Arce				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
3	Isabel Gaste Silva				P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P				
4	Amelia Alvaro L.				P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	Susana Alvaro E.				P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P				
6	Ana Paola P.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	Guacra Gaste Bruna										P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J			
8	Gin Xiling				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN

66554567466756666

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.

