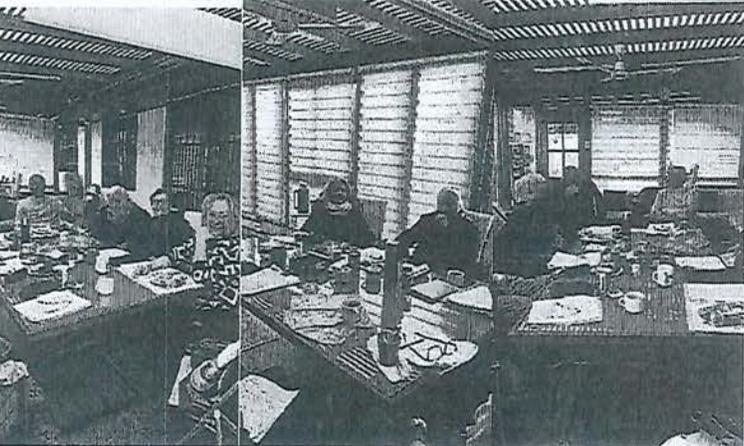






**MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

ID	FOTOS
T1	NO HE TOMADO FOTOS DE ESTE TALLER.3
T2	
T3	
T4	

ID: T1

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
T. ESTIMULACIÓN COGNITIVA

LUGAR DE EJECUCIÓN  
JV. SAN PEDRO DE LAS CONDES C-3

NOMBRE DEL PROFESOR  
SOFIA VERGOLES

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
JUAN DE AUSTRIA 1539 JUEVES 15:00 - 17:00HRS

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	
			20-3-2025	24-3-2025	03-4-2025	10-4-2025	14-4-2025	24-4-2025	01-5-2025	08-5-2025	15-5-2025	22-5-2025	29-5-2025	05-6-2025	12-6-2025	19-6-2025	26-6-2025	03-7-2025	10-7-2025	14-7-2025	24-7-2025	31-7-2025	
1 ASTROSA A. MARIA G.																							
2 CERDA MARIA CECILIA																							
3 VACHER MARIA CECILIA		P																					
4 MORALES MARIA																							
5 DOMONT JULIA																							
6 SOLAR CAMAÑO		P																					
7 AZBA SONIA																							
8 MUÑOZ CASTILLO ROBERTO		P																					
9 FUENTES LUZ		P	P	P	P		P				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
10 CERDA MARIA CECILIA		P	P	P	P		P				P	P	P	P		P	P	P	P				
11 MOLL PATRICIA				P	P		J				P	P	J	J	J	J	J	J	J				
12 QUILON MARIA ANGELICA				P	J																		
13 GONZALEZ ELLEN					P		P				P	P	P	P			P	J	P				
14 CORDERO CARMEN LUZ					P		P				P	P	P	P	P	P	P	P					
15 CACERES MARIA DE LA PAZ		-								P		-	-										
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	2	4	5	-	3	-	1	4	5	4	4	3	2	2	4	3	4	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

14-4-2025 CERRADA LA SEDE (JUEVES SANTO)  
 01-5-2025 CERRADA LA SEDE (DIA DEL TRABAJO)  
 08-5-2025 LLUVIA INTENSA (NO SE REPRESENTA NADIE)

ID : T2

PLANILLA CONTROL

T.

NOMBRE DEL TALLER  
ESTIMULACIÓN COGNITIVA BÁSICA

LUGAR DE EJECUCIÓN  
JU BILBAO ALTOC-14 DRA. ELOISA DÍAZ 6471

NOMBRE DEL PROFESOR  
SOFIA PERGOLES

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
VIERNES 9<sup>15</sup> - 11<sup>15</sup> HORAS

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	FECHA																					
		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1 ZULETA MARIA NORHA			P	P	P	P		P		P	P	P	P	P	P		J	P	P	P			
2 CASTRO MARIA ELENA			/	/	/	P		J		J	P	J	J	J	J		T	J	J	J			
3 GILBERT MARIA TERESA			P	P	J	J		P		J	P	P	J	P	J		J	J	P	P			
4 VASQUEZ MONICA			P	P	P	P		P		P	P	P	P	P	P		J	P	P	P			
5 LAGOMARSINO GABRIELA			P	P	J	P		/		P	P	P	P	/	P		J	P	P	P			
6 CHAMORRO MONICA			P	/	P	P		J		J	P	/	P	/	/		J	J	J	P			
7 AGUILERA ORIETA			P	P	J	P		J		P	J	P	J	P	P		J	P	P	P			
8 LANA - CECILIA			P	P	P	P		P		P	P	P	P	P	J		P	P	P	P			
9 ALVAREZ LUIS			P	P	P	P		P		J	P	P	P	P	P		P	P	P	P			
10 BARRIOS MA. ANGELICA			P	P	P	P		P		J	P	/	P	P	J		P	J	P	J			
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 9 8 6 9 - 6 - 5 9 7 7 7 5 - 8 8 8 8

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

02 CERRADO DIA TRABAJOS

ID: T3

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER  
ESTIMULACIÓN COGNITIVA BÁSICA

LUGAR DE EJECUCIÓN  
JV. BILBAO ALTO C-14 DR. ELOISA DIAZ 6471

NOMBRE DEL PROFESOR  
SOFIA PERGOLES

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER  
VIERNES 11:30 - 13:30

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 PAPEZ SONJA		P	P	P	P		P		P	P	J	P	P	P		P	P	P	P		
2 GALLEGO SOLEDAD		P	P	P	P		J		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		
3 POHL MONICA BERNARDITA		P	P	P	P		J		D	D	P	J	P	P		/	P	P	J		
4 NAVARRETE MA. EIKENIA		P	P	P	P		P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		
5 CALDERON LUISA		P	P	/	J		J		P	P	J	/	/	/		/	/	/	P		
6 ALENPARTE MA. CRISTINA		P	P	P	J		J		P	P	P	J	P	P		/	P	J	P		
7 ROTHKEGEL MA. ESTER		P	P	P	P		J		J	P	T	P	P	P		/	P	J	P		
8 FIGUEROA MA. ANGELICA		P	P	P	J		J		P	P	P	P	P	J		/	P	/	J		
9 RAMIREZ ROMELIA		P	P	P	J		P		P	J	J	J	J	J		J	P	P	P		
10 JIMENES CLAUDIO		P	P	P	P		P		P	P	P	P	P	P		P	P	P	P		
11 ARDENES MARUJA BERTA		/	P	P	P		P		J	P	J	P	J	J		P	J	P	J	P	
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN 10 11 10 7 - 5 - 9 10 6 7 8 7 - 4 10 6 9

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.

IS: T4

**PLANILLA CONTROL**

**NOMBRE DEL TALLER**  
TALLER ESTIMULACIÓN COGNITIVA

**LUGAR DE EJECUCIÓN**  
COLON 8000 A. DE CAMARGO 8671

**NOMBRE DEL PROFESOR**  
SOFIA PERGOLES SANCHEZ

**DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER**  
JUEVES 9:30 - 11:30

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 ARRIAGADA CARLOS			J	J	P	J	J	J	X	J	P	J	J	P	J	P	P	P	P	J		
2 CARACCI LAURA			P	P	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
3 DONOSO JOSE			P	P	P	J	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
4 HERNANDEZ CAROLINA			P	P	P	J	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	J	J	P	J		
5 GIL MARIELY			P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
6 SALAS JORGE			P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P			
7 VICENTE JAIME			P	P	J	J	P	P	H	P	/	/	P	P	P	P	P	P	P			
8 CASTRO MONICA			-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	P	J	J	P	P	P	J			
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

<b>N° DE ASISTENTES POR SESIÓN</b>	6	6	6	2	5	4	4	6	4	6	7	5	8	7	7	8	5
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES  
 MARQUE CON UNA "J" SI EL 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.