

ENTRENAMIENTO TOMANDO CONTROL DE SU SALUD

Marque su asistencia con sus iniciales cada día

No.	Nombre del Alumno (LETRA DE MOLDE)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Para uso del T-Trainer (MT or Liler?)
1	Echevarria Cerda Francisco Javier	JEC	JEC	JEC	JEC	JEC	
2	con Hernandez Rodolfo Cesar	HRZ	HRZ	HRZ	LEHD	LEHD	
3	Rivera Suarez Mercedes Del Carmen	MCRS	MCRS	MCRS	MCRS	MCRS	
4	Tranguillina Gutierrez Gomez	TGS	TGS	TGS	TGS	TGS	
5	Jara Perez Flores	LEF	LEF	LEF	LEF	LEF	
6	Ojeda Lidio Bando Gil	OLBG	OLBG	OLBG	OLBG	OLBG	
7	Martha Elena Medina Espinoza	MEME	MEME	MEME	MEME	MEME	
8	Eva Esthela Carbajal Mata	FEEM	FEEM	FEEM	FEEM	FEEM	
9	Stka Ramos Cedeno	ECR	ECR	ECR	ECR	ECR	
10	Carlos Arhué Htz	CAH	CAH	CAH	CAH	CAH	
11	Maudia Sotelo Aarcon	SOCC	SOCC	SOCC	SOCC	SOCC	
12	Marta Magdalena Delbiza Salinas	MMS	MMS	MMS	MMS	MMS	
13	Alicia Brophy Peller	ABP	ABP	ABP	ABP	ABP	
14	Jose Santiago Altopi	SSA	SSA	SSA	SSA	SSA	
15	Angel Caspar Acas	ACM	ACM	ACM	ACM	ACM	
16	Hectora Cosme Mendoza	HCH	HCH	HCH	HCH	HCH	
17	Ariana Flores Barrios	CFB	CFB	CFB	CFB	CFB	
18	Flora Bel Flores Barrios	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	
19	Ana Ma Rivera Sosa	FET	FET	FET	FET	FET	
20	Pa. Mel Socorro Alvarez ybs.	PEA	MSM	MSM	MSM	MSM	
21							
22							
23							
24							