

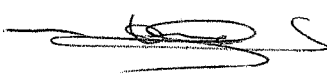
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	DIAZ GODOY NORMA ELIANIRA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA BASICO	VIE 15:00-17:00	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	16
T.2	YOGA BASICO	MIE 12:00-13:00	VIE 12:00-13:00	ZANZIBAR PONIENTE 7024	8
T.3	YOGA BASICO	MAR 16:45-17:45	JUE 10:05-11:05	TEZCUKO 1283	8
T.4	YOGA BASICO	MIE 16:00-17:00	VIE 18:30-19:30	LAS VERBENAS 9191	7
T.5	YOGA BASICO	MIE 09:00-10:00	VIE 09:00-10:00	ZANZIBAR PONIENTE 7024	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Yoga Terapia meditación asanas, posturas se realizaron torsiones de pies, moviendo los brazos estirándolos hacia arriba y juntando las palmas
T.2	meditación activa mandala 1er etapa: trazar 2da etapa: sentarse y mover el tronco, en círculo. 3ra etapa: tendidos mover los ojos 4ta etapa: relajación
T.3	Yoga terapia meditación movimiento de cuello brazos, piernas, (de pie) movimiento de torsión sentados, en primer lado derecho y después izquierdo. relajación
T.4	Yoga terapia meditación ejercitar todo el cuerpo, tomando conciencia de cada parte del cuerpo.
T.5	meditación activa mover todo el cuerpo piernas y brazos 2: ver la llama de una vela (ayuda a la concentración) 3: relajación

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

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	DIAZ GODOY NORMA ELIANIRA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

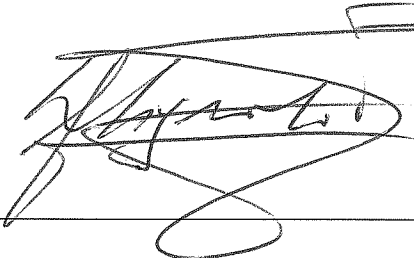
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	YOGA BASICO	MAR 15:30-16:30	JUE 09:00-10:00	TEZCUCO 1283	00
T.7	YOGA BASICO	MIE 13:15-14:15	VIE 13:15-14:15	ZANZIBAR PONIENTE 7024	00
T.8	YOGA INTERMEDIO	MIE 10:30-11:30	VIE 10:30-11:30	MARBERIA 385	00
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	yoga terapia meditación meditación Resilla cantar om, en silencio respiración: inhalar, detener respiración y exhalar por la boca relajación todo el cuerpo
T.7	meditación aum (om) en silencio (escuchar y cantar om, voz alta, y después en silencio.
T.8	meditación kundalini - mover y soltar el cuerpo - densar moviendo todo el cuerpo - estar en silencio
T.9	
T.10	

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. DIAZ GODOY NORMA ELIANIRA, 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. DIAZ GODOY NORMA ELIANIRA.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

T.2

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Hatha yoga Terapia Reducción

LUGAR DE EJECUCION

Parque Apapamelo

NOMBRE DEL PROFESOR

Norma Diaz Godoy

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

martes y viernes 12:00-13:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				6 agosto 2022	8 agosto 2022	13 agosto 2022	20 agosto 2022	22 agosto 2022															
1	Banos Vidal Paulina			P	P	P	P	J															
2	Grete Rojas Elena			P	P	P	J	P															
3	Breno Anselmo Marco juan			P	P	P	P	J															
4	Breno Anselmo Ines del Carmen			P	P	P	P	J															
5	Luzmila Chelton Julia			J	P	P	P	J															
6	Norma Rojas Margarita				P	P	P	P															
7	Solis Melba Willysh Durela				P	P	P	J															
8	Belen Soza Marcela			P	P	P	J	J															
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

5 7 7 7 2

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

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.

DE ASISTENCIA	
----------------------	--

F. INICIO
19 marzo

DEPARTAMENTO

Gestión de contratos y talleres

INSCRIPCION MINIMA : 00

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

F. TERMINO
30 novembre

PROGRAMA
Rehearsal, de desarrollo

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Hatha Yoga Terapia Meditacion	Sto Rosa de Apurimac
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Norma Cruz Godoy	martes 16:45-17:45 jueves 10:05-11:05

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N º	F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					16/08/2025	20/08/2025	12/08/2025	14/08/2025	19/08/2025	21/08/2025	26/08/2025	28/08/2025												
1	Silva Quezada Angela				P	P	P	P	P	P														
2	Poma de la Mariana				P	P	P	P	P	P														
3	Molina Pabito Gladys				P	P	P	J	P	P														
4	Pardo Martinez Edora				P	P	P	P	P	P														
5	Villamillo Sales Veronica				P	P	P	P	P	P														
6	Salas Sanchez Lermen																							
7	Abusleme Gloria				P	P	P	J	P	P														
8	Salinas Francisco Norma				P	P	P	P	J	J														
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	7	7	7	5	7	6																		
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

INSCRIPCION MINIMA : 0
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Talleres educativos y de desarrollo

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

T. 4

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Hatha Yoga Terapia Reducción	aula
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Norma Díaz Godoy	miércoles 16:00-17:00 viernes 18:30-19:30

	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
					10-3-2025	21-3-2025	26-3-2025	28-3-2025	2-4-2025	4-4-2025	9-4-2025	11-4-2025	16-4-2025	23-4-2025	25-4-2025	30-4-2025	2-5-2025	7-5-2025	9-5-2025	14-5-2025	16-5-2025	23-5-2025	28-5-2025	30-5-2025
1	Daniela Dulce Correa				P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
2	Lucia Cecilia Zepeda O. V				P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P
3	Lucia de la Luz Alvarado M				J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
4	Viviana Korne Fuentes A				J	J	J	P	J							P								
5	Ilia Lucila Cortez				P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
6	José Dadelson Adkerson				P	P	P	J	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
7	Luciana Adriano Perez																							
8	Patricia Vargas F.																							
9	Lucia Angelica Neubauer																							
10	Carmen Perez Vaca V																P	P	P	P	J	P	P	
11	Lucia de la Luz Alvarado																P	P						
12	Carmen Gloria Sanchez												P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P
13	BITY																							
14	Chantal Monte																							
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	22	43	43	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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
18-3-2025

DEPARTAMENTO

Sección de contratos y talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 00
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
30-11-2025

PROGRAMA
Talleres reconstructivos y de desarrollo

[illegible][illegible]

	4	2	5	3	4	5	2	4	3	3	2	3	7	9	2	9	6	7	7	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

[Handwritten signature]

FIRMA PROFESOR

7.5

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Hoja de Terapia Maternal

LUGAR DE EJECUCION

Parque Juanmelo

NOMBRE DEL PROFESOR

Norma Ruiz (pados)

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

lunes Viernes 9:00-10:00

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				19 Mar 2025	21 Mar 2025	26 Mar 2025	28 Mar 2025	2 Abr 2025	4 Abr 2025	9 Abr 2025	11 Abr 2025	16 Abr 2025	23 Abr 2025	25 Abr 2025	30 Abr 2025	2 May 2025	9 May 2025	14 May 2025	16 May 2025	23 May 2025	28 May 2025	30 May 2025	4 Jun 2025
1	Veronica Solis			P	P																		
2	Andres Pandocta claudia			P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P
3	Fernan Maria Lopez																						
4	Zapata Leticia Norma Pamela			P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	J
5	Gonzalez Ramirez Norma Teresa			P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P
6	Dominican Moncho Andres			J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J
7	Munoz Barahona Lucia			J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	J	J	J	P	J	P	P
8	Polina Larman			P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J
9	Jacqueline Aniel																						P
10	Patricia Gonzalez																						
11	Lidia Fuente Alba																						
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	6	5	6	5	5	2	4	4	4	3	2	2	4	5	3	3	3	5	3
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
- MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO

19 Mayo 2025

DEPARTAMENTO

Intercambio de conocimientos y talleres

INSCRIPCION MINIMA : 6

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

F. TERMINO

30 Nov 2025

PROGRAMA

Talleres educativos y de desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	10 junio 2025	11 junio 2025	13 junio 2025	16 junio 2025	20 junio 2025	23 junio 2025	24 junio 2025	27 julio 2025	28 julio 2025	30 julio 2025	31 julio 2025	32 julio 2025	33 julio 2025	34 julio 2025	35 julio 2025	36 julio 2025	1 agosto 2025	6 agosto 2025	8 agosto 2025	13 agosto 2025	20 agosto 2025		
1																						No	
2	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	No	AD
3																						No	
4	P	J	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P		
5																							
6	D	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	No	
7	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	No	
8	J	J	J	J		X	26/06																
9	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	No	
10										P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	No	
11										P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	No	
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
	3	3	3	4	3	4	3	4	5	6	3	2	6	5	6	4	5	7	7	7	7		



FIRMA PROFESOR

T. 6

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Hatha Yoga Terapia Mindfulness	Sta Rosa de Apurimayo
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Norma Ruiz Godoy	martes 3:30-4:30 jueves 9:00-10:00

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	Shale Uplenauke Barbara			5 agosto 2025	P	P	P	P	P														
2	Weldon Ortiz Laura			7 agosto 2025	P	P	P	P	P														
3	Uenda Sam Martin Lucy			12 agosto 2025	J	J	J	P	J														
4	Wofre Nereu Leon			14 agosto 2025	P	P	P	P	P														
5	Wabzon Freme Maria Amparo			19 agosto 2025	P	P	P	P	P														
6	Ziegler Velpal Rosa Marie			21 agosto 2025	P	P	P	P	P														
7	Witzel Soto Silva				P	P	P	P	P														
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN	6	6	6	7	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	
----------------------	--

FIRMA PROFESOR

T. 7

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Hoja Yoga Terapia Reducción

LUGAR DE EJECUCION
Parque Maquind

NOMBRE DEL PROFESOR
Norma Ruiz Cardo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Viernes y Sabados 12:05 - 14:05

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N º	F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					19 Nov 2025	21 Nov 2025	26 Nov 2025	28 Nov 2025	2 Oct 2025	4 Oct 2025	9 Oct 2025	11 Oct 2025	16 Oct 2025	23 Oct 2025	25 Oct 2025	30 Oct 2025	2 Nov 2025	7 Nov 2025	9 Nov 2025	14 Nov 2025	16 Nov 2025	23 Nov 2025	28 Nov 2025	30 Nov 2025
1	Aris lazo elara del Carmen																							
2	Bonny Vidal Paulina				P	P	P	P	P															
3	Gonzalez Morales Andrius				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	La Huissas Enrique Florio Isold																							
5	Perez Lopez Florio Luciana				J	J	J	J																
6	Sebastián Peraldo Rosa Elvira				P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	J	J
7	Moreno Puentes Celio				P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P
8	Altamirano Ximeng				P	P	P	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
9	ana maria soto																	P	P	P	P	J	P	P
10	condemne Quina																							
11	elicio Gonzalez																							
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	5	4	4	5	2	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) 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.

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA
Talleres recreativos y de desarrollo

[illegible][illegible]

	4	4	3	3	1	3	4	5	5	5	5	9	5	3	1	7	7	6		
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

FIRMA PROFESOR

T. 8

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Katha Yoga Terapia Reiki Kalón

LUGAR DE EJECUCIÓN
Jorquera

NOMBRE DEL PROFESOR
Norma Quiroz Gadoz

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes y Viernes 10:30-11:30

	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
					19/3/2025	21/3/2025	26/3/2025	28/3/2025	2/4/2025	4/4/2025	9/4/2025	11/4/2025	16/4/2025	23/4/2025	25/4/2025	30/4/2025	7/5/2025	9/5/2025	14/5/2025	16/5/2025	23/5/2025	28/5/2025	31/5/2025	2/6/2025
1	Venducani Rosa del Carmen				P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	P
2	Parsons Elena Marie Fda				P	P	P	P	P	D	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Perez Chaparro Helga				J	J	J	P	D	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
4	Jimenez Morales Rosa Beatriz				P	P	P	J	D	D	D	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
5	Ortiz Prieto Adela																							
6	Karamanos Maria Polina				P	J	P	P	P	D	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P
7	Lopez Riquelme Patricia																							
8	Walter Neumann Wilson				P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P
9	Olivia Perez																							
10	Wilson Walter																							
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	2	4	4	6	6	6	3	4	3	2	4	4	4	3	4	5	5	4	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.

