

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

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

Nombre	DUJOVNE WURGAFT LILIANA SARA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE ENTRETENIDO	LUN 18:00-19:00	MIE 18:00-19:00	LA CAPITANIA 255	7
T.2	BAILE ENTRETENIDO	LUN 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	LA CAPITANIA 255	8
T.3	BAILE ENTRETENIDO	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15	LEONARDO DA VINCI 7533	7
T.4	BAILE ENTRETENIDO	MAR 17:30-18:30	JUE 17:30-18:30	VILANOVA 505	6
T.5	COCINA BASICO	MIE 12:00-14:00	---	LA RABIDA 5300	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Despertando el cuerpo Repetición y explicación de pasos Se va porciendo en las vitas
T.2	Se van destanando movimientos para calentar cuerpo explicación de movimientos arábes
T.3	Calentar cuerpo con movimientos se van se evitan vueltas para evitar mareos y pérdida de equilibrio
T.4	Se van destanando acelerando en las y coreografías Al final dejan destanando pulsaciones
T.5	taller con notable avance mas atrevidos para estas especies se acepta superarse de platos

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

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	DUJOVNE WURGAFT LILIANA SARA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	COCINA BASICO	LUN 11:45-13:45	---	LA RABIDA 5300	5
T.7	COCINA MIXTA BASICO	MAR 15:00-17:00	---	VILANOVA 505	6
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

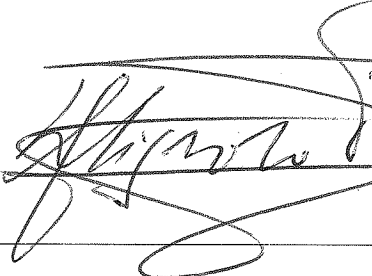
ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Taller muy participativo y entusiasta especie de feria con preparación de platos muy calóricos
T.7	platos con presentaciones vistosas postres decorativos platos aéreos
T.8	
T.9	
T.10	

Firma prestador de los servicios	<i>Liliana Wurgaft</i>
----------------------------------	------------------------

--	--

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. DUJOVNE WURGAFT LILIANA SARA, 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. DUJOVNE WURGAFT LILIANA SARA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Baile Achekunglo	Playa del Surco
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Paulette Defensor	Lunes - Miércoles 18-19 hrs.

NOMBRE 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
			17-3-25	18-3-25	24-3-25	26-3-25	31-3-25	3-4-25	7-4-25	9-4-25	14-4-25	16-4-25	21-4-25	23-4-25	28-4-25	30-4-25	5-5-25	7-5-25	12-5-25	14-5-25	18-5-25	22-5-25
1. Lesma Paduza			P	P	J	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2. Jonette Paduza			/	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3. Monica Romero			P	P	P	J	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4. Luzana Silva			J	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5. Fea. Kueger			P	J	P	J	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P
6. Pety Gaspardo			/	J	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	/	P	P	P
7. Jany Thayer			/	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P
8. Tera Macariete			/	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	/
9. Ximera Phillips			/	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P
10. M. Eugenia Espadas			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	P						
11. Mapali Toro			/	/	/	/	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
12. Fabiola Hernandez			/	/	/	/	/	/	/	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13. Antonio Alvarado			/	/	/	/	/	/	/	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14. Santa Perez													P	J	P	P	P	P	P	P	P	P
15. Cecilia Sandoval																		P	J	P		
16. Enika Saverio																						P
17. Gaelis Villegas																				P	P	P
18. Yolanda Deque																				P	P	P
19. Mico Morales																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
2-6-25	4-6-25	9-6-25	11-6-25	16-6-25	18-6-25	23-6-25	25-6-25	30-6-25	7-7-25	7-7-25	9-7-25	21-7-25	23-7-25	8-7-25	30-7-25	4-8-25	6-8-25	5-8-25	13-8-25

[illegible][illegible]

□	6	+	8	9	9	9	8	9	+	8	9	9	9	9	8	8	+	5	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Leonor Sampaio
FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INCHI

DEPARTAMENTO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : 11

(L'area riservata del ministro ha delle
modalità caratteristiche del nostro)

[illegible]

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	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Ballet estudiantil</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>La Capitaneria</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>H. Lora Daza</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>lunes - viernes 9 hrs.</i>

	NOMBRE 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
					17-3-25	20-3-25	24-3-25	27-3-25	31-3-25	3-4-25	7-4-25	10-4-25	14-4-25	17-4-25	21-4-25	24-4-25	28-4-25	1-5-25	5-5-25	12-5-25	15-5-25	19-5-25	22-5-25	26-5-25
1	Teresa Zamora				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Teresa Reina				/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Paty Garcia				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Danielito Fernandez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Spinel Marlouin				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Brigida Araven				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Veronica Barera				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Galina Calderon				/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Loreto Araya				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Carolina Calderon				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Amoroso Pinto				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	Paty Sapaio				/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	Paty Diaz																							
14	Martina Mejias																							
15	Leri Lepinueda																							
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	8	7	9	9	9	11	7	9	9	8	8	11	10	11	11	10	3	8	5
-----------------------------	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	---	---	---

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

DEPARTAMENTO

F. TERMINO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : 12
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
29-5-25	2-6-25	5-6-25	8-6-25	12-6-25	16-6-25	19-6-25	23-6-25	26-6-25	30-6-25	3-7-25	7-7-25	10-7-25	14-7-25	17-7-25	21-7-25	24-7-25	28-7-25	31-7-25	3-8-25

[illegible][illegible]

9	5	6	6	5	7	9	3	9	5	7	11	16	8	7	9	8	9	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Baile estudiantil

LUGAR DE EJECUCION

Leandro da Vinci

NOMBRE DEL PROFESOR

Rebeca de Jesus

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes - Martes 10.15-11.15

NOMBRE 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
								14-3-25	14-3-25	24-3-25	26-3-25	31-3-25	3-4-25	7-4-25	9-4-25	14-4-25	16-4-25	21-4-25	23-4-25	28-4-25	30-4-25	5-5-25	7-5-25	12-5-25	14-5-25	18-5-25	20-5-25
1	Sara Jimenez							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Daniel Perez							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Angelica Rivas							J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Alvaro Sanchez							J	P	P	P	P	J	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Ignacio Moya							P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Alvaro Sepulveda							P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J
7	M. Enrique Gelpi							J	J	J	J	P	J	J	J	P	J	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Antonia Pinto							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Gloria Tones												P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Amador Holm.																										
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											

Nº DE ASISTENTES POR SESION

56652843964555665543

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

DE ASISTENCIA

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

PROGRAMA

4	7	7	6	7	7	6	6	6	8	7	7	6	7	7	7	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible]

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Baile Entretenido

LUGAR DE EJECUCION

Vilamora 505

NOMBRE DEL PROFESOR

Lilian Dujovne

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Martes y Jueves 17:30 - 18:30 HRS.

NOMBRE 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
				18-03-25	20-3-25	23-3-25	27-3-25	1-4-25	3-4-25	8-4-25	10-4-25	15-4-25	17-4-25	22-4	24-4	29-4	6-5	8-5	13-5	15-5	20-5	22-5	27-5
1	FARRU C. LORENA			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	SILVA B. ADELIA			P	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	CABRERA S. PAZ			P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	AICHE LEWSTER MEIR NAMY			P	J	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P
5	AVENDAÑO VASQUEZ MARCIA			P	J	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	SEPULVEDA G. YOLANDA			P	J	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	J				
7	AGUILERA R. MARCIALINA			P	J	P	P	P	J	J	P	J	J	J	P	P	Retirada						
8	HUNCHEL ELIZABETH			P	J	P	P	P	J	P	J	J			Retirada								
9	VIVIAN CROCCÉ AVILA																						
10	ALEXANDRA RODRIGUEZ																						
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

73757542555655555555

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO

DEPARTAMENTO

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

F. TERMINO

PROGRAMA

[illegible][illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

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

DEPARTAMENTO

PROGRAMA

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Bañera Basica

LUGAR DE EJECUCIÓN
La Roldo

NOMBRE DEL PROFESOR
Liliana Deyana

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miércoles 12-14 hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				FECHA																			
1	Marcelita Briceño			19-3-25	P	J	P	P	J	P	P	P	J	J	P								
2	Marcela Paeta			26-3-25	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Solida Richter			2-4-25	P	P	P			P			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Pety Jayardo			9-4-25	J	P	P	P	P	P													
5	Sony Lepelmeda			16-4-25	J	P	P	P	P	P													
6	Veronica Barrera			23-4-25								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Yana Padilla			30-4-25								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Tomás Figueroa			7-5-25									P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9				14-5-25																			
10				21-5-25																			
11				28-5-25																			
12				4-6-25																			
13				11-6-25																			
14				18-6-25																			
15				25-6-25																			
16				2-7-25																			
17				9-7-25																			
18				16-7-25																			
19				23-7-25																			
20				30-7-25																			
21				6-8-25																			
22				13-8-25																			
23				20-8-25																			
24				27-8-25																			
25				3-9-25																			

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	3	4	5	4	2	5	4	5	5	5	7	9	9	5	4	4	4	4	4	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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Cocina Mixta

LUGAR DE EJECUCION
La Pailida

NOMBRE DEL PROFESOR
Silvano Deyane

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes 11-15

NOMBRE 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
				25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25	25-3-25
1	Bernardita Fernandez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Pety Hernandez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Patry Sanchez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Soledad Leon	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Lorena Linares	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Roselo Araya	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	A Maria Lillo	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Rodrig Martinez																						
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	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

PROGRAMA	

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 28
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	5	5	5	5																
	0	0	0	0																
	1	=	0	5																
1	P	P	P																	
2	/	/	/	/	/	/	/	/	/											
3	P	P	J																	
4																				
5	P	P	P																	
6																				
7	P	P	P																	
8	P	P	P																	
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

5 3 4

[illegible]

Alina Dufre
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Coorna Mito

LUGAR DE EJECUCION
La Castille

NOMBRE DEL PROFESOR
Richard Deyane

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes 15-17 hrs

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
				18-2-25	25-3-25	1-4-25	7-4-25	15-4-25	22-4-25	29-4-25	6-5-25	13-5-25	20-5-25	27-5-25	3-6-25	10-6-25	17-6-25	24-6-25	1-7-25	8-7-25	15-7-25	22-7-25	28-7-25
1	Berli Padone			P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
2	Pilar Adela			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
3	Lucy Pina			J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
4	Alejandro Rodriguez			J	J	P	P	J	J	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	J	J	P
5	Vani Broce			J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marcos Lago			P	P	J	P	P	P	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Eniel Belanal			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P
8	Eniel Allende													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 SESION	4	4	5	6	6	6	7	5	5	5	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA : 7
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR