

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

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

Nombre	GONZALEZ MAHNERT ANA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	DISEÑOS NAVIDEÑOS BASICO	MIE 18:30-20:30	---	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	6
T.2	DISEÑOS NAVIDEÑOS BASICO	MAR 17:30-19:30	---	ALEJANDRO FLEMING 9599 BLOCK A1 DEPTO. 106	6
T.3	MULTIPLES TECNICAS BASICO	MIE 15:30-17:30	---	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	8
T.4	MULTIPLES TECNICAS BASICO	LUN 15:30-17:30	---	ALEJANDRO FLEMING 9599 BLOCK A1 DEPTO. 106	6
T.5	MUÑECAS EN GENERO BASICO	MAR 10:30-12:30	---	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	elaborando navideños bolsas para guardar bolsas plasticas de la navidad
T.2	trazo de pasarela colgando de una estrella aprendieron a pintar ofitos
T.3	Armaron una percha y un calendario
T.4	Hicieron una percha de masas forma ollas pero para horno
T.5	colgando para panes canasto de paja

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

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

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

Nombre	GONZALEZ MAHNERT ANA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

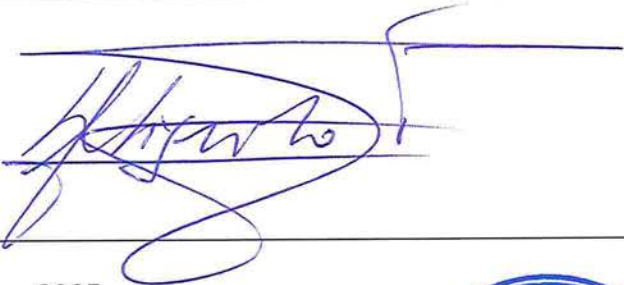
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PORCELANA EN MASA BASICO	LUN 18:00-20:00	---	ALEJANDRO FLEMING 9599 BLOCK A1 DEPTO. 106	6
T.7	MUÑECAS BASICO	LUN 20:30-22:30	---	ALEJANDRO FLEMING 9599 BLOCK A1 DEPTO. 106	5
T.8	MULTIPLES TECNICAS AVANZADO	MAR 20:00-22:00	---	ALEJANDRO FLEMING 9599 BLOCK A1 DEPTO. 106	6
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	aprender a hacer un angelito con angelito hicieron un porte de alio nove.
T.7	muñeca basico capemate rosa
T.8	sobre con nejo de pasmo en pariolensi
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. GONZALEZ MAHNERT ANA, 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. GONZALEZ MAHNERT ANA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Variedad.

LUGAR DE EJECUCION

Imapo Munsai Colon 7000

NOMBRE DEL PROFESOR

Arielmaría González

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

miércoles 6'12 - 8'12.

NOMBRE 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		7/5/25	14/5/25	21/5/25	28/5/25	4/6/25	11/6/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25	16/7/25	23/7/25	30/7/25	6/8/25	13/8/25	20/8/25				

1	Silvia Pappas.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
2	M. Nabel Parades	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
3	Rafaela Herrera	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
4	Silvia Arancibia	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
5	M de la Luz Saipen	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

N° DE ASISTENTES POR SESION

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

7/5/25

DEPARTAMENTO

galleries

INSCRIPCIÓN MÍNIMA :

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

F. TÉRMINO

26/5/25

PROGRAMA

Procedimiento de desarrollo y creativo

[illegible][illegible][illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Maridad	Bosque de la Vieja 2.
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Arielmaria Perez	martes 5 1/2 - 7 1/2.

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
			18/3/25	25/3/25	1/4/25	8/4/25	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	29/7/25
1 Monina Brellano			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 Angelina Aarino			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓		I	I	I	I
3 Manuela Medina			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
4 Maile Sampaio			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
5 Maile Sampaio			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
6 Marisol															✓							✓
7 Carlos Sampaio																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
M. Técnicas	Mapas Mundi

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Alfonso Jorjey	miércoles de 4 - 6 pm -

	NOMBRE 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
			20/3/25	26/3/25	2/4/25	9/4/25	16/4/25	23/4/25	30/4/25	7/5/25	14/5/25	21/5/25	28/5/25	3/6/25	11/6/25	18/6/25	25/6/25	2/7/25	9/7/25	16/7/25	23/7/25	30/7/25
1	Yanna Zepeda		X		V	V	V			V	V		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2	Marta Jimenez		V	V	V	V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
3	Leonora Rave		V	V				V	V	V	V			V	V	V	V	V	V	V	V	V
4	Violeta Benavente		V	V	V	V	V		V	V	V		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
5	Liliana Luis		V	V	V	V	V	V	V	V	V		V	V	V	V		V	V	V	V	V
6	Victoria Caprile		V	V	V	V	V	V	V	V	V		V	V	V	V		V	V	V	V	V
7	Sonia Rave		V	V	V	V	V			X			V	V	V	V	V					
8	Adriano Rops		V	V	V	V	V			X			V	V	V	V	V					
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION																						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO
20/3/25	Stallens.

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

F. TERMINO	PROGRAMA
26/11/25	prog. di desarrollo 1 creadi

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

PLANILLA CONTROL

TALLER
PROFESOR
PROGRAMA TALLERES

NOMBRE DEL TALLER: Multiples Tareas
LUGAR DE EJECUCION: Parque de la Vuelta 1
DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER: Lunes de 3:30 - 5:12
NOMBRE DEL PROFESOR: Francisco Jorgel

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Impresita)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <u>Guadalupe Ruiz</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. <u>Guadalupe Ruiz</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. <u>Manuela Medina</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. <u>Mano Flores</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. <u>Mano Medina</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

N° DE ASISTENTES POR SESION

MARQUE CON UNA "X" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "✓" SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "1" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO: 3/7/023
DEPARTAMENTO: Ballenas
F. TERMINO: 24/3/023
PROGRAMA: Progr. recreativa y de desarrollo
INSCRIPCION MINIMA: (Con marca del alumno en este espacio controlada del taller)

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	✓	✓	✓																	
2	✓	✓	✓																	
3	✓	✓	✓																	
4																				
5	✓	✓	✓																	

ES ADULTO MAYOR?	PRESENTE CERTIF. MEDICO
(SI/NO)	(SI/NO)
no	
no	
no	
no	
no	

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Munecas</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Magnum / Colón 7000</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Andrés J. Rojas</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>10/2 - 12/2.</i>

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	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
									18/3/25	25/3/25	8/4/25	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	29/7/25	5/8/25
1	<i>Isabel Benavente</i>								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	<i>María Jirón</i>								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	<i>Liliana Paez</i>								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	<i>Carmelo Salgado</i>								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	<i>Daniela Luna</i>								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	<i>María Paz Cordova</i>																											
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												

N° DE ASISTENTES POR SESION																												
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DEPARTAMENTO
Jalleres.

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

PROGRAMA
Procc. de desarrollo y recreación

[illegible]

FIRMA PROFESOR

TALLER	20 horas
PROFESOR	Dr. J. J. GARCÍA
PROGRAMA	TALLER DE INVESTIGACIÓN

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Navidad - Mase Poma	Boque de la Vella 2
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Andrés enríquez	Lunes de 6-8 pm

[illegible]

Nº DE ASISTENTES POR SESION	
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

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
 3/3/2015
 F. TERMINO
 24/3/2015
 DEPARTAMENTO
 talleres
 PROGRAMA
 Inscripción mínima:
 (con menos del mínimo se debe
 evaluar continuidad del curso)

[illegible]

LES ADULT
MAYOR?

PRESENTA
CERTIF.
MEDIC

(5) / NO:

ISA / NO

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Murallas

LUGAR DE EJECUCION
Barrio de la Villa 2

NOMBRE DEL PROFESOR
Analuisa Jorjés

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
lunes de 20/22 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
				<i>19/5/2015</i>	<i>26/5/25</i>	<i>2/6/25</i>	<i>9/6/25</i>	<i>16/6/25</i>	<i>23/6/25</i>	<i>—</i>	<i>4/7/25</i>	<i>14/7/25</i>	<i>21/7/25</i>	<i>28/7/25</i>	<i>4/8/25</i>	<i>11/8/25</i>	<i>18/8/25</i>						
1	<i>Thora Paz</i>			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
2	<i>Amalia Espinoza</i>			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
3	<i>Marta Samaniego</i>			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
4	<i>Patricia Antigua</i>			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
5	<i>Gabriela Galeazzi</i>													✓	✓	✓	✓						
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

M. T. Lencinas

LUGAR DE EJECUCION

Boxeado de Villa 2.

NOMBRE DEL PROFESOR

Arielmarie Gonzalez

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

martes de 20 a 22 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
20/5/025	27/5/025	3/6/025	10/6/025	17/6/025	24/6/025	1	8/7/025	15/7/025	22/7/025	29/7/025	5/8/025	12/8/025	19/8/025						

1	Dora Paz Lencinas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P						
2	María Flores	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V						
3	Patricia Arce	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V						
4	Gabriel Felipe												V						
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

N° DE ASISTENTES POR SESION

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 AEROBIC

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

F. INICIO
20/mayo/25

DEPARTAMENTO
Talleres

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

F. TERMINO
25/5/25

PROGRAMA
Proy. de desarrollo, maquinas

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR