

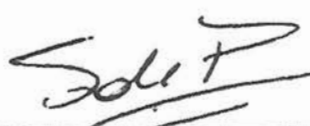
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	PADILLA VIO MARIA SOLEDAD ✓		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	MINDFULNESS	MAR 11:15-13:15	—	██████████	5
T.2	MINDFULNESS Y MEDITACION	JUE 10:00-12:00	—	██████████	7
T.3	MINDFULNESS Y MEDITACION	MAR 09:00-11:00	—	██████████	7
T.4	YOGA BASICO	LUN 10:00-11:00	MIE 10:00-11:00	██████████	5
T.5	YOGA BASICO	LUN 11:15-12:15	MIE 11:15-12:15	██████████	6

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Bienvenida, Meditación y conexión del inicio. Durante este mes trabajamos teorica y practico la respiración.
T.2	Bienvenida, Conexión y Meditación Inicial. Este mes vimos Respiración, diferentes tipos (practico y teorico).
T.3	Bienvenida y Respiración, y Meditación inicial. Durante este mes vimos Respiración, tipos (teorico y practico).
T.4	Conexión Inicial, ASANAS o posturas, Respiración. respiración final.
T.5	Conexión Inicial, ASANAS, ejercicios, Respiración y respiración final.

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

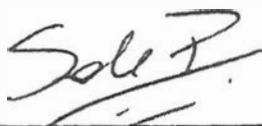
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	PADILLA VIO MARIA SOLEDAD		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	YOGA INTERMEDIO	LUN 14:00-15:00	JUE 14:00-15:00		7
T.7	YOGA INTERMEDIO	MAR 13:30-14:30	JUE 13:15-14:15		7
T.8	-	-	-	-	
T.9	-	-	-	-	
T.10	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Conexión Inicial, posturas de yoga, ejercicios y relajación o Samsara final.
T.7	Conexión del inicio, posturas de yoga, ejercicios físicos y relajación.
T.8	
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. PADILLA VIO MARIA SOLEDAD, 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. PADILLA VIO MARIA SOLEDAD.

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

F. INICIO	DEPARTAMENTO
15 / 3	
F. TERMINO	PROGRAMA
30 / 11	Talleres Recreativos y de

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

[illegible]

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	<table border="1"> <tr> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>3</td><td>5</td><td>6</td><td>6</td><td>5</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>2</td><td>/</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>4</td><td>4</td><td>3</td> </tr> </table>	4	4	5	6	3	5	6	6	5	3	3	3	2	/	5	5	5	4	4	3
4	4	5	6	3	5	6	6	5	3	3	3	2	/	5	5	5	4	4	3		

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
Mindfulness y Meditación	Junta de Párros San Pedro.
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Sotelo Prolita	Jueves 10:00 - 12:00.

[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	DEPARTAMENTO
12/00/00	
17/3	
F. TERMINO	PROGRAMA
12/03/00	

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

0

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

30 / 11

¿ES ADULTO MAYOR?

(SI / NO)

PRESENT CERTIF. MEDICO

(SI / NO)

SIT

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Simposios y Mediación I	Finca de Vianos Los Desemboladores.
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Salvador Pasilla	martes 09:00 - 11:00

[illegible]

N° DE ASISTENTES POR SESION	
5	5
5	5
6	3
7	7
6	6
5	5
5	7
7	7
7	7
7	2

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "I" 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 : 5 (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
13-13		
F. TERMINO	PROGRAMA	
30/11	Taller de presupuesto y de D	30/1/16

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER YOGA F	LUGAR DE EJECUCION
NOMBRE DEL PROFESOR Soledad Padilla	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Lunes y Miércoles 10:00 - 11:00

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	19	24	26	27	9	14	16	21	23	28	30	5	7	12	14	19	26	28	
1 Victoria Yanez		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 Marcela Melino		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Cecilia		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 Felipe Monsalve		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 Esperanza Pinto		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6 Gertrudis Rojas		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 Isabel		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 Mariela Castro (Secretaria)		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9 Raul Rojas M.		17/3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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 17/3	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MINIMA : 5 (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TÉRMINO 30/11	PROGRAMA Talleres Recreativos Jde desarrollo	

	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	✓	✓																		
6	✓	✓																		
7	✓	✓																		
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR?
(SI / NO)

PRESENTA CERTIF. MÉDICO
(SI / NO)

Soledad
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
YOGA II	

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Solimar Pazilla	Lunes y Miércoles 11:15 - 12:15

[illegible]

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
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 "I" (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 11/13	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : <u>5</u> (Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO 12/13	PROGRAMA Talleres creativos y de desarrollo	

(mes de nov.)

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

NOMBRE DEL TALLER
 Yoga intermedio I.

NOMBRE DEL PROFESOR
 Soledad Padilla

LUGAR DE EJECUCIÓN
 Junta de Vecinos Los Drumbridos

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
 Lunes 14:00 / Jueves 15:00

NOMBRE 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
			17/30	24/30	27/30	31/30	4/30	7/30	10/30	14/30	21/30	24/30	28/30	31/30	4/30	7/30	10/30	14/30	17/30	21/30	24/30	28/30
1. Alicia Cubillos			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Monica Marin			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Maria del Carmen Espinoza			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Aida Escobedo			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Maria Cepeda																						
6. Beatriz Concha			✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Patricia León				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8. Georgina Villa				✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. Rossana Abasca				✓					✓								✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. Anita Silva			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11. Cristina Corvallo				✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12. Lila Bruseñius								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13. Ana Maria Flores																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN
 5 5 6 5 2 3 6 5 5 8 6 7 7 8 8 7 4 6 6

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.

NOMBRE DEL TALLER

NOMBRE DEL PROFESOR

LUGAR DE EJECUCIÓN

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
 Lunes 14:00 / Jueves 15:00

talleres Recreativos y de desarrollo.

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
			11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21	11/18/21
1. Alicia Cubillos			✓	✓	✓																	
2. Monica Marin			✓	✓	✓																	
3. Maria del Carmen Espinoza			✓																			
4.																						
5.																						
6. Beatriz Concha																						
7. Patricia León			✓	✓	✓																	
8. Georgina Villa																						
9. Rossana Abasca																						
10. Anita Silva			✓	✓	✓																	
11. Cristina Corvallo			✓	✓																		
12. Lila Bruseñius			✓	✓																		
13. Ana Maria Flores																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						
23.																						
24.																						
25.																						

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN
 4 5 4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (BARRA) 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 Yoga Intermedio II	LUGAR DE EJECUCION Santa de Virgenes Las Descubridoras
NOMBRE DEL PROFESOR Solidad Padilla	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Martes 13:30 / Jueves 13:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprimada)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18	20	21	27	1	3	8	10	15	17	22	24	29	6	8	13	20	22	29	2
1 Beatriz Donoso				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 Ana Maria Flores				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Beatriz Conchas				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 Fla. Ester M. Naranjo				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 Cecilia Santolucito				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6 Anika Silva				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 Patricia León				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 Paulina Ventura				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9 Gloria Marin				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10 Haydee Perea				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11 Beatriz Rojas				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12 Luz Philipp				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13 Aida				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14 Georgina				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION 10 8 9 10 9 5 7 7 8 2 6 6 7 6 5 8 6 8 5 4

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (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 17/03	DEPARTAMENTO	INSCRIPCION MINIMA : 5 (Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO 30/11	PROGRAMA Talleres recreativos 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)
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	
13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	
14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Firma del Profesor