

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

Mes	JULIO
-----	-------

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	---	████████████████████	16
T.2	YOGA BASICO	MIE 12:00-13:00	VIE 12:00-13:00	████████████████████	8
T.3	YOGA BASICO	MAR 16:45-17:45	JUE 10:05-11:05	████████████████████	8
T.4	YOGA BASICO	MIE 16:00-17:00	VIE 18:30-19:30	████████████████████	8
T.5	YOGA BASICO	MIE 09:00-10:00	VIE 09:00-10:00	████████████████████	8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabaja con los alumnos movimientos para la seguridad asanas (Posturas de movimientos).
T.2	Meditación activa (movimientos de piernas y brazos) Se trabaja con los alumnos para flexibilizar el cuerpo.
T.3	Meditación Pasiva (mirar una vela). (apnachakne) Se trabaja con una vela para la concentración, y fortalecer el 3º ojo (intuición).
T.4	Asanas y pranayamas (Respiración abdominal) se trabaja distintas respiraciones (respiración abdominal) para tener más energía de la respiración que hacemos cuando estamos.
T.5	Meditación para el sistema digestivo (colón) Se trabaja el Sistema Digestivo para tener conciencia que comemos y las emociones.

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

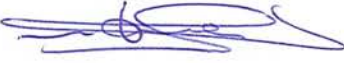
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

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		8
T.7	YOGA BASICO	MIE 13:15-14:15	VIE 13:15-14:15		8
T.8	YOGA INTERMEDIO	MIE 10:30-11:30	VIE 10:30-11:30		7
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	se trabaja con las alumnas haciendo estos ejercicios Yoga-Terapia Meditación para que el cuerpo este más tranquilo asanas (posturas, respiración y relajación)
T.7	meditación para el sistema nervioso se trabaja con las alumnas para evitar el cansancio.
T.8	Se trabaja con las alumnas la respiración para tener más consciencia como se respira Yoga Terapia, meditación asanas (posturas, respiración y relajación)
T.9	
T.10	

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

La Directora de Desarrollo Comunitario, 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 JULIO 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 JULIO 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 Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Hatha Yoga Terapia Meditativa

LUGAR DE EJECUCION
Porque apeguindo

NOMBRE DEL PROFESOR
Norma Ruiz Gordo

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Muebles-Viernes 12:00-13:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			S E S I O N E S	N 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	18 Abr 2025	23 Abr 2025	25 Abr 2025	30 Abr 2025	2 Mayo 2025	7 Mayo 2025	9 Mayo 2025	14 Mayo 2025	16 Mayo 2025	21 Mayo 2025	23 Mayo 2025
1	Carlos Mateo Clemente	/			P	P	P	P	P	J	J		P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	P	P
2	Brais Quispe Huata	/			J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
3	Brais Quispe Pines	/			J	P	P	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
4	Renier Lopez Marie Luistera	/			J	J	P	J																
5	Lorena Chelero Julia	/			P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
6	Itchenery So de Buitan?	/			P	P	J	J	J															
7	Venera Barrios Ximena	/			P	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J
8	Condema Barrios	/								P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	PAULINA																				P	P		
10	monneret LORENS																				P	P	P	P
11	marcela BOKE																				P	P	P	P
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION 4 6 3 3 5 5 4 2 6 6 5 5 4 4 3 4 7 6 6 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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Martes yoga Terapia Meditativa

LUGAR DE EJECUCION

Est. Paso de Apoquimbo

NOMBRE DEL PROFESOR

Norma Diaz Godoy

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

martes 16:45 a 17:45 jueves 10:05 - 11:05

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
				18/3/2025	20/3/2025	25/3/2025	27/3/2025	1/4/2025	3/4/2025	8/4/2025	10/4/2025	15/4/2025	22/4/2025	24/4/2025	29/4/2025	6/5/2025	8/5/2025	13/5/2025	15/5/2025	20/5/2025	22/5/2025	27/5/2025	29/5/2025
1	Barbara Tapia			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Graciela Palma			J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P
3	Ornella Fierro			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Villamilena Villamil			J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Solas Loreto			J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marcelina Alvarado			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Cristina Salazar			P	P	P	P	P	P	P	P	P											
8	Salomon Fuentes																						
9	María Jesús Ponce																						
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

3 4 4 6 6 6 6 6 5 5 4 4 4 5 5 4 5 5 4 5

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
Hatha Yoga Terapia Reducción

LUGAR DE EJECUCIÓN
aula

NOMBRE DEL PROFESOR
Norma Díaz Godoy

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Miercoles 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	P	P	P	P
2	Lucia Cecilia Zepeda O. ✓				P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	J	P	P	P	P	J
3	Lucia del Soluz Alvarado M.				J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J
4	Viviana Lorena Fuentes A.				J	J	J	P	J							P								
5	Ilia Lucila Gutierrez				P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
6	José Dederion Abkarian				P	P	P	J	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P
7	Luciana Adriana Pérez																							
8	Patricia Vargas F.																							
9	Lucia Angelica Neumann																							
10	Carmen Perez Urrea ✓																P	P	P	P	J	P	P	
11	María de la Luz Alvarado																P	P						
12	Carmen Gloria Sanchez												P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	P	P
13	Bizy																							
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	22	43	45	55	55	55	55	55	57	57	57	55	66
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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
19-3-2025

DEPARTAMENTO
Sección de contratos y talleres

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 20
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
30-11-2025

PROGRAMA
Talleres reconstructivos y de desarrollo

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	4-1-2025	5-6-2025	11-6-2025	12-6-2025	19-6-2025	25-6-2025	27-6-2025	2-7-2025	4-7-2025	9-7-2025	11-7-2025	12-7-2025	13-7-2025	15-7-2025	18-7-2025	1-8-2025	6-8-2025	8-8-2025	13-8-2025	22-8-2025
1	J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	J									
2	P	J	P	J	J	P	J	J	J	P	J	P								
3	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J								
4																				
5	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P								
6	P	J	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J								
7					P	P	P													
8																				
9																				
10	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J								
11																				
12	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J								
13												P								
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MÉDICO (SI / NO)
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
No	

	4	2	5	3	4	5	2	4	3	3	2	3								
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Hoja de Terapia Maternal

LUGAR DE EJECUCION

Parque Municipal

NOMBRE DEL PROFESOR

Norma Diaz (poder)

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

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
				9 Mar 2025	21 Mar 2025	26 Mar 2025	28 Mar 2025	2 Abril 2025	4 Abril 2025	9 Abril 2025	11 Abril 2025	16 Abril 2025	23 Abril 2025	25 Abril 2025	30 Abril 2025	4 Mayo 2025	9 Mayo 2025	14 Mayo 2025	16 Mayo 2025	23 Mayo 2025	28 Mayo 2025	30 Mayo 2025	4 Junio 2025
1	Veronica Solis			P	P																		
2	Andres Fandato 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 Maria Romelt			P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	J
5	Gonzalez Ramiroz Maria Teresa			P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P
6	Domaisan Monasterio Andres			J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J
7	Munoz Barahona Luis			J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	J	J	J	P	J	P	P
8	Polina Larumen			P	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J
9	Jaqueline Arriet																						P
10	Patricia Gonzalez																						P
11	Lidia Fuente-Alba																						
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº 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	
---------------	--

INSCRIPCION MINIMA : 10
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Trabaja voluntario y de desarrollo

	2	3	2	4	3	4	3	4	5	6	3	2	6						
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

[illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Hatha Yoga Terapia Meditacion

LUGAR DE EJECUCION
sta Rosa de opaquendo

NOMBRE DEL PROFESOR
Nolma Ruiz Godoy

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
martes 15:30 a 16:30 jueves 9:00-10:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				18/3/2025	20/3/2025	25/3/2025	27/3/2025	1/4/2025	3/4/2025	7/4/2025	10/4/2025	15/4/2025	17/4/2025	22/4/2025	24/4/2025	29/4/2025	6/5/2025	8/5/2025	13/5/2025	15/5/2025	20/5/2025	22/5/2025	27/5/2025
1	Jolaine Valenzuela Cortez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Belindamartiz Sybia Laura			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Elvira Sam Martin Luis																						
4	Loise Milena Ivan Alejandra			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Beltram Franco Maria Angelita			P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Marta Velazquez Jenni Ivette			P	P	P	P	J	P	P	P												
7	Zuleika Vireh Rose Marie			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Carlos Salas			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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	7	7	7	7	5	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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
18/3/2025

DEPARTAMENTO
Gestión de Contratos y Tóleros

INSCRIPCION MINIMA : 2
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
20/11/2025

PROGRAMA
Talleres reconstructivos y de desarrollo

[illegible][illegible]

	4	5	4	2	A	3	3	5	4	5	5	5	5	3	3				
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Holra Joga Templo reditacion

LUGAR DE EJECUCION

Parque de quincho

NOMBRE DEL PROFESOR

Norma Diaz Cordoz

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

viernes y sabados 12:15 - 14:45

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
1	Oris lazo clare 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	Adriana Brquez Floria Izold																						
5	Perez Lopez Floria Justina			J	J	J	J																
6	Seguindia Fernando 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	P	J	P	P	P	P
9	ana maria soto																P	P	P	P	J	P	P
10	andrea																						
11	celio																						
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 : 20
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
Talleres reactivos y de desarrollo

	4	4	3	3	1	3	4	5	5	5	5	7							
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Lugar Joga Templo Kadi Kalwin

LUGAR DE EJECUCIÓN

Jomequero

NOMBRE DEL PROFESOR

Norma Ortiz Gadoz

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

Monday y Viernes 10:30-11:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	Nº 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
				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	22/4/2025	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	4/6/2025
1	Verdadero Rosa del Carmen			P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	P
2	Personas Elena Maria Fda			P	P	P	P	P	D	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Perez Chappiz Velda			J	J	J	P	D	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P
4	Jimenez Moraga Oria Kalia			P	P	P	J	D	D	D	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
5	Oros Pizarro Admundo																						
6	Karamanoz Mino Palford			P	J	P	P	P	D	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P
7	Lopez Riano Patricia																						
8	Walter Munoz Julian			P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P
9																							
10																							
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.

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

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA	
Talleres de escritura y desarrollo	

[illegible]


FIRMA PROFESOR