

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

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

Nombre	MORALES AGUILERA MARIA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA BASICO	LUN 11:30-12:30	MIE 11:30-12:30	FLORENCIO BARRIOS 1685 TORRE 4 PISO -1	6
T.2	YOGA BASICO	MAR 15:30-16:30	JUE 15:30-16:30	FLORENCIO BARRIOS 1685 TORRE 4 PISO -1	4
T.3	YOGA BASICO	LUN 19:00-20:00	MIE 19:00-20:00	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	5
T.4	YOGA BASICO	LUN 20:10-21:10	MIE 20:10-21:10	PAUL HARRIS 1000 (CC PADRE HURTADO)	5
T.5	YOGA BASICO	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se hacen posturas dinámicas para activar riñones y suprarrenales para lograr una mayor vitalidad y mejorar dolencias físicas junto con mudras que ayudan activar esos órganos.
T.2	Se hacen posturas con ayuda de bastones para lograr una mayor elongación y trabajo muscular, además se les enseña mudras (gestos que se hacen con los dedos de las manos y activan distintos órganos del cuerpo).
T.3	Se les enseña variantes del Saludo del Sol incluyendo, además ejercicios para la vista como el palming (técnica de relajación donde se cubre los ojos con las manos para descansar la vista).
T.4	Junto con las posturas dinámicas, se trata de coordinar los movimientos de éstas con la respiración.
T.5	Se hacen posturas semi-invertidas con ayuda de una silla para mejorar la circulación venosa y así lograr una mayor desintoxicación.

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

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNUTARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

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

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

Nombre	MORALES AGUILERA MARIA		
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 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30	SANTA ZITA 9135(CC SANTA ZITA)	5
T.7	---	---	---	---	
T.8	---	---	---	---	
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Se trabajan distintos grados de una misma postura para trabajar distintos músculos de una zona del cuerpo
T.7	
T.8	
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. MORALES AGUILERA MARIA, 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. MORALES AGUILERA MARIA.

Nombre Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

año



Tomas Moro – Fleming Torre 4, zócalo, martes y jueves 15:30 a 16:30 horas.



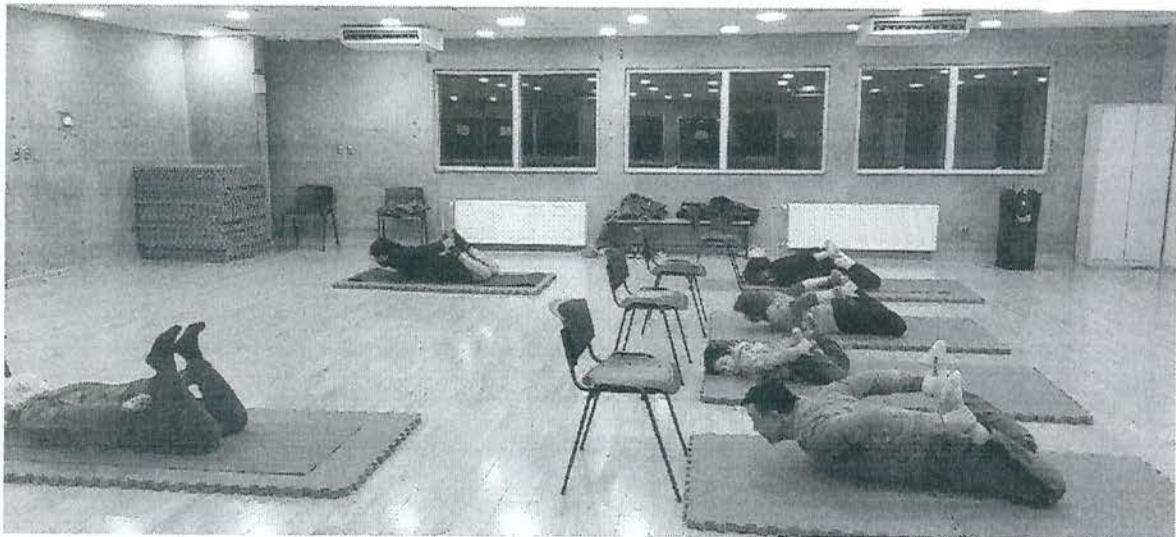
Comunitario Santa Zita, martes y jueves 10:15 a 11:15 horas.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



Tomas Moro – Fleming Torre 4 zócalo Lunes y Miércoles 11:30 12:30 horas.



Centro Comunitario Padre Hurtado, lunes y miércoles de 20:10 a 21:10 horas



Comunitario Santa Zita, martes y jueves 11:30 a 12:30 horas.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Yoga

LUGAR DE EJECUCION

Tomas Tomas Floro Fleming. T.4 zócalo

NOMBRE DEL PROFESOR

María Morales A

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Lunes y Miércoles 11:30 - 12:30.

	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
				12/08/03	19/08/03	24/08/03	26/08/03	31/08/03	02/09/04	07/09/04	10/09/04	14/09/04	19/09/04	20/09/04	23/09/04	28/09/04	30/09/04	05/10/04	14/10/04	19/10/04	21/10/04	28/10/04	29/10/04
1	Flore Valenzuela			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	M ^a Elena Salgado			T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
3	Beatriz Uruñano			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Lana Rojas			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	TERECITAS AZAROLA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	MARCELA MONTES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	YEXICA BARRIOS			T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
8	MARILYNNE LEYDICHAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	ROSARIO POMA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	MARTA ABRUSO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	CRISTINA PALMA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	EUGENIA VALDIVIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	Solanda Leon																						
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

9 5 9 + 3 8 8 5 + 9 5 6 8 5 7 8 1 10

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 EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROFESOR

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER

	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
				08/11/20	13/11/20	15/11/20	20/11/20	22/11/20	27/11/20	29/11/20	03/12/20	05/12/20	10/12/20	12/12/20	14/12/20	19/12/20	21/12/20	26/12/20	28/12/20	03/01/21	05/01/21	10/01/21	12/01/21
1	MARCELA MONTES			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	PATRICIA RONJA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	ELIZABETH AGUIRRE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	MARILIANNE REYMARCAVI			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	ANGOLICA LAIZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	CAROLIN FERRAZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Claudia CONTRERAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Isabel Vidal			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	MARCELA JAVO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

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

DE ASISTENCIA

F. INICIO	DEPARTAMENTO	INSCRIPCIÓN MÍNIMA :
8/ Mayo / 2005	Gestión de Gobierno y Talento	(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)
F. TERMINO	PROGRAMA	
30/11/05	Talleres Recreativos y Desarrollo	

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: Logo
Profesor: Patricia Morales A

Lugar: C.C. Padre Hurtado Inicio: 17/05
Día - Horario: Lunes y Miércoles 19:00-20:00 Termino: Nov

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		17/05	18/05	20/05	21/05	23/05	24/05	26/05	27/05	29/05	30/05	31/05	01/06	03/06	04/06	06/06	07/06	08/06	10/06
1	CRISTINA JAURE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	1	17/05
2	MONICA LAZAROWITZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	2	18/05
3	KAREN MORAN	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	3	20/05
4	SANAZA RIVERA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	4	21/05
5	JIMENA CUESTA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	5	23/05
6	FABIO LA CRUZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	6	24/05
7	PAOLA RODRIGUEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	7	26/05
8	ELSA ROSAS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	8	27/05
9	ROSAMARIA TAPIA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	9	29/05
10	MELINA TORRES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	10	30/05
11	CAROLINA PERAZA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	11	31/05
12	MARCELA GARCIA																	12	
13	GUILLERMO MORALES																	13	
14																		14	
15																		15	
16																		16	
17																		17	
18																		18	
19																		19	
20																		20	
21																		21	
22																		22	
23																		23	
24																		24	
25																		25	
26																		26	
27																		27	
28																		28	

N° Asistentes por sesión	7	5	7	6	8	9	7	7	7	6	5	8	4	2	4	3	-	37
% Asistencia por sesión																		
% Promedio asistencia acumulado																		

Marque con una "P" si alumno asistió a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
Marque con un "I" si alumno no asistió a clase:

Inscripción Mínima: _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar la
continuidad del taller)

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

Fecha:

3	5	8	3	5	6	6	7	6	6	6	4	5	-				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Planilla Control de Asistencia 2025

Taller: YOGA

Lugar: C.C. Padre Hurtado

Inicio: 17/0

Profesor: Karina Morales A

Día - Horario: Lunes y Miércoles 20.10 - 21.10

Termino: Nov 2

Nombre y Apellidos (Favor de usar letra imprenta) Solo alumnos inscritos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		17/03/25	18/03/25	24/03/25	26/03/25	31/03/25	02/04/25	07/04/25	09/04/25	14/04/25	21/04/25	23/04/25	28/04/25	30/04/25	05/05/25	19/05/25	21/05/25	26/05/25	27/05/25
1	YLA ALBONOR	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	1	P
2	Kuis Felipe Alvarez	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	2	P
3	GROBODIN ALVAREZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	3	P
4	Lucia Campo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	4	P
5	GIZNASYIA FERNANDEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	5	P
6	YLA Isabel Gallardo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	6	P
7	TATIANA LEBEZTA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	7	P
8	VALERIA LIZANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	8	P
9	YLA CRISTINA YEBUNA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	9	P
10	YLA ANGELICA DAVAZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	10	P
11	Alicia Araya																	11	
12	PEDRO PAREDES																	12	
13																		13	
14																		14	
15																		15	
16																		16	
17																		17	
18																		18	
19																		19	
20																		20	
21																		21	
22																		22	
23																		23	
24																		24	
25																		25	
26																		26	
27																		27	
28																		28	

N° Asistentes por sesión	6	7	5	8	7	6	7	8	8	6	7	4	5	7	5	6	4	3
% Asistencia por sesión																		
% Promedio asistencia acumulado																		

Marque con una "P" si alumno asistio a clases Marque con una "J" si alumno justifico inasistencia
Marque con un "I" si alumno no asistio a clase:

Inscripción Mínima: _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar la
continuidad del taller)

(Informe Final)

[illegible]

	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
19	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
20	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
22	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
23	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
24	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
26	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
27	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
28	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
29	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
30	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
31	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
32	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
33	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
34	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
35	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
36	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
37	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					

[illegible]

Fecha:

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Yoga

LUGAR DE EJECUCIÓN
COMUNITARIO STA ZITA.

NOMBRE DEL PROFESOR
MARIA MORAN

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
MARTES Y JUEVES 10.15 - 11.15

	NOMBRE COMPLETO 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
				19/03/23	20/03	25/03	30/03	04/04	08/04	10/04	15/04	17/04	22/04	24/04	29/04	01/05	08/05	13/05	15/05	20/05	27/05	27/05	27/05
1	Patricia Alvarez			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Cecilia CANAS X			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	Isabel Moreno			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	CARMEN Delacruz			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Carmelo Tureno			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	VERE DORTZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Miriam Soto			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	ROBERTO VASQUEZ X			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	MARCELO VEGA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Paula BUSTAMANTE X			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	CARMEN Salinas			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12	MIRTHA BIAN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	JOHANNA SANTOZA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	Yacqueline Calderon			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	Teresa Gamito B.			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN

3	4	6	4	3	6	6	5	6	0	7	5	6	-	4	4	5	7	7	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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

LUGAR DE EJECUCIÓN
Comunidades Sta Zile

NOMBRE DEL PROFESOR
María Morales

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes y Jueves 11:30 - 12:30

	NOMBRE COMPLETO 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	20/03	25/03	27/03	01/04	03/04	08/04	10/04	15/04	17/04	22/04	24/04	29/04	01/05	08/05	13/05	15/05	20/05	22/05	27/05
1	ANA BAIRO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	MARTINA BIANCHI			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	FRANCISCO BENICUREN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	SONIA FRIEDRICH			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	LIDIA GARCIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	ITA ELENA GUERRERO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	MARCELA PONERO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	HERODIA SAAVEDRA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	MARIA LORETO VARGAS			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	JAIME SALDUEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	EUROPA LABRA																						
12	TERESA LUENCAO																						
13	ELIANA VEGAS																						
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESIÓN
66 66 66 99 99 57 98 788 67

MARQUE CON UNA "P" SI EL ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (BARRA) SI EL ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI EL 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	
---------------	--

FECHA INICIO	17/03/25
--------------	----------

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del faller)

FECHA TÉRMINO
30/11/25

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
	21/maio	22/maio	23/maio	24/maio	25/maio	26/maio	27/maio	28/maio	29/maio	30/maio	31/maio	01/junio	02/junio	03/junio	04/junio	05/junio	06/junio	07/junio	08/junio	09/junio
1	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
9	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
10	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
11	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
12	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
13	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
14	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
15	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
16	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
17	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
18	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
19	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
20	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
21	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
22	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
23	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
24	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					

[illegible]


FIRMA PROFESOR