|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **PROCESO DE BIENESTAR** | | |
| **FOR** | **MATO DE CONTROL SEMANAL DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y CULTURALES** | | |
| ***Código:*** *FO-BIN-17* | ***Versión:*** *03* | ***Fecha de aprobación:*** *26/11/2024* | ***Página:*** *1 de 1* |

Firma Entrenador / Instructor Firma coordinador de área

**Disciplina:**

**Mes y año:**

Estudiante

Docente

Funcionario

Egresado

Posgrados

Pensionado

Externo

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo

**OBSERVACIONES**

**Entrenador / Instructor:**

**ASISTENTES**

**ACTIVIDAD REALIZADA**

*)*

*Entrenamientos, participación, otros*

*(*

**LUGAR**

**FECHA / DÍA**

**HORARIO**

**Total**

**Asistentes**