



**Colegio del  
Verbo Divino**



Estimados apoderados:

Les escribimos para informarles los detalles del **Campamento de Verano "Dos Naciones"** de Avanzada (1EM-3EM). Campamento en el cual se cruza a Argentina por el Paso Peatonal El Bolsón.

**Fecha de inicio:** sábado 10 de enero 2026.

**Fecha de regreso:** viernes 23 de enero 2026.

**Responsables de la actividad:** Maximiliano Woodyatt, Matías Sáenz, José Miguel Delpiano y Francisco Guerrero.

**Cuota:** \$280.000 CLP + \$150 USD por ruterero, que deberán ser pagados de la siguiente manera:

- Cuota 1: \$140.000 CLP antes del viernes **26 de septiembre** (vía transferencia).
- Cuota 2: \$150 USD a pagarse en efectivo en la reunión de apoderados del miércoles **22 de octubre**.
- Cuota 3: \$140.000 CLP antes del viernes **28 de noviembre** (vía transferencia).

**Datos de transferencia para pagar la cuota (Francisca Villouta, apoderada delegada):**

**Nombre:** Francisca Villouta

**RUT:** 14416006-1

**Banco:** Santander

**Cuenta** 5711185 (corriente)

**Correo:** [mfvillou@gmail.com](mailto:mfvillou@gmail.com)

**Documentación requerida para el campamento:**

- Permiso Notarial para salir del país.
- Certificado de Nacimiento.
- Cédula de Identidad Vigente.
- Certificado de alumno regular.
- Seguro de viaje.

Cada participante debe tener en cuenta lo siguiente:

- El Reglamento Escolar del Colegio del Verbo Divino aplicará durante toda la actividad.

Ante cualquier duda con respecto a la actividad pueden contactar al Jefe de la Rama Ruta (Francisco Moraga +56 9 3387 9176).

Saludos cordiales,

Francisco Moraga  
Jefe de Rama Ruta

Maximiliano Woodyatt  
Jefe de Unidad Avanzada

---

[WWW.CVD.CL](http://WWW.CVD.CL)

*Avenida Presidente Errazuriz #4055, Las Condes, Santiago. Tel: +56 22 7544800*



**Colegio del  
Verbo Divino**



---

## AUTORIZACIÓN

Autorizo a: .....Curso: .....

Para asistir al Campamento de Verano Dos Naciones, que se realizará desde el 10 hasta el 23 de enero del 2026.

Seguro médico en la Clínica: .....

Seguro de viaje : .....

En caso de tomar medicamentos, indique cuál.....

Dosis: .....Frecuencia: .....

Nombre del padre: ..... Fono: .....

Nombre de la madre: .....Fono: .....

Observaciones: .....

Firma del apoderado.....