LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	DEMIAN HENRIQUEZ NATALIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	PILATES	MAR 15:15-16:15	JUE 15:15-16:15	TOMAS MORO 1172	7
T.2	PILATES	MAR 16:30-17:30	JUE 16:30-17:30	TOMAS MORO 1172	6
T.3	PILATES	MAR 11:20-12:20	JUE 11:20-12:20	TOMAS MORO 1172	6
T.4	PILATES	MAR 10:10-11:10	JUE 10:10-11:10	TOMAS MORO 1172	6
T.5	PILATES	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	TOMAS MORO 1172	7

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Ejercicios enfocados en activación del core, fortalecimiento muscular, con diferentes implementos, principalmente pesas. Grupo nivel intermedio
T.2	Grupo similar segmento etario. Clases destinadas en recuperar equilibrio y coordinación. Corregir postura, fortalecer musculatura con énfasis en tren inferior
T.3	Clases destinadas a corregir problemas posturales, aumentar fuerza y resistencia muscular. Incrementar flexibilidad y prevención de lesiones
T.4	Clases nivel intermedio. Ejercicios para fortalecer cada segmento corporal, acompañados de respiraciones conscientes, para lograr equilibrio mente cuerpo
T.5	Trabajo para incrementar fuerza y control core. Clases con implementos (elásticos, aros fitball, pelotas erizo, de tenis, sillas, pared) Estiramientos

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	DEMIAN HENRIQUEZ NATALIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	PILATES	MAR 17:40-18:40	JUE 17:40-18:40	TOMAS MORO 1172	6
T.7	PILATES	MAR 18:50-19:50	JUE 18:50-19:50	TOMAS MORO 1172	6
T.8	PILATES	LUN 13:15-14:15	MIE 13:15-14:15	ALONSO DE CAMARGO 8671	6
T.9	PILATES	LUN 14:30-15:30	MIE 14:30-15:30	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.10	PILATES	LUN 15:45-16:45	MIE 15:45-16:45	ALONSO DE CAMARGO 8671	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Clases pilates nivel intermedio. Para mejorar tono muscular, desarrollando fuerza, resistencia. Aumentar fluidez y control
T.7	Trabajo de estabilización del core, tonificación muscular. Alineación, corrección postural, clase a clase, se trabaja la concentración y coordinación
T.8	Grupo nivel básico, tercera edad. Clases enfocadas en liberar estrés, corregir postura, incrementar su estabilidad y equilibrio
T.9	Alumnas lesiones varias. Trabajo clase a clase para disminuir dolores; desarrollar fuerza y corregir postura
T.10	Trabajo de centramiento para aumentar concentración, ejercicios acompañados siempre de respiraciones, activación core. Fortalecimiento musculatura

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER

PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO

Nombre	DEMIAN HENRIQUEZ NATALIA		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	PILATES	LUN 18:15-19:15	MIE 18:15-19:15	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.12	PILATES	LUN 17:00-18:00	MIE 17:00-18:00	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.13	PILATES	MAR 12:30-13:30	JUE 12:30-13:30	TOMAS MORO 1172	5
T.14	---	---	---	---	
T.15	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Grupo nivel intermedio. Ejercicios c/s, implementos, para desarrollar/aumentar fuerza muscular, control, activación del centro
T.12	Clases nivel básico-intermedio. Trabajo de fuerza, equilibrio, coordinación, concentración
T.13	Grupo básico, lesiones diversas. Ejercicios destinados a aumentar flexibilidad, estiramientos, prevención lesiones y control de dolores
T.14	
T.15	

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. DEMIAN HENRIQUEZ NATALIA, 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. DEMIAN HENRIQUEZ NATALIA.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CONTRATOS Y TALLERES DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

Las Condes, **AGOSTO** (mes) de 2025 (año)

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Gimnasia Adultos 54	JV los Volcanes Tomas Moro 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
	Martes y Jueves 15:15

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1	Carmen Bustamante		P	P	P	P	P															
2	Bernardo Gutierrez		P	P	P	P	P															
3	Laura Meza		P	P	P	P	P															
4	Claudia Miranda		P	P	P	J	P															
5	Ma Eliana Pinochet		J	P	P	J	P															
6	Pilar Undurraga		P	P	P	J	P															
7	Elsa Meza		P	P	P	P	P															
8	Carla Cortes		P	J	P	P	J															
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESION		7	7	8	5	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

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Gim. Pilates 55	JV. Los Volcanes Tomas Moro 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Demian Henríquez	Martes - Jueves 16:30

	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
		FECHA	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1	Gladys Barría		J	J	J	P	P															
2	Sandra Monsalve		P	J	P	J	P															
3	Isabel Moya		J	J	P	P	P															
4	Mª Elena Ríos		P	P	P	J	J															
5	Emma Rodríguez		P	P	P	P	J															
6	Tamara Santos		P	P	P	P	P															
7	Yolanda Escobar		P	P	P	P	P															
8	Monica Vazquez		P	P	P	P	J															
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	5	7	6	5															

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.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Gimnasia Pilates 56	J.V Los Volcanes A Gumucio 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Demian Henríquez	Martes - Jueves 11:20

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
		05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1 Sonia Bohle		P	P	P	P	P															
2 Mª Angelica Lobezón		P	P	P	P	P															
3 Doris Duque		J	J	P	J	P															
4 Barbara Ilabaca		P	P	J	P	P															
5 Berta Kaplan		P	J	P	P	P															
6 Gabriela Mendel		P	P	P	P	P															
7 Susana Mendel		J	J	J	J	J															
8 Marena Peña		P	P	J	P	P															
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	5	5	6	7															

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.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Gimnasia Pilates 58	Tomas Moro 1172 JV los Volcanes

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Dinman	Martes Jueves 9.00

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
	FECHA	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1 Mª Soledad Alvarado		P	P	P	P	P															
2 Susana Bocedo		P	J	P	J	P															
3 Libertad Crespo		P	P	P	P	P															
4 Wilma Guzman		P	P	P	P	P															
5 Gilda Hermaly		P	P	P	P	P															
6 Lorna Valenzuela		P	P	J	P	P															
7 Mery Vargas		P	P	P	P	P															
8 Nelly Mardones		P	J	J	J	J															
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		8	6	6	6	7															

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.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER: Gimnasia Pilates 60

LUGAR DE EJECUCIÓN: JV Los Volcanes Tomas Moro 1172

NOMBRE DEL PROFESOR: Natalia Demian H

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER: Martes Jueves 18:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1	Ximena Luz		P	P	P	P	P															
2	Esteba Hanna		P	P	P	J	J															
3	Catalina Jorquera		P	P	P	P	P															
4	Jimena Jorquera		P	P	P	P	P															
5	Marcela Muñoz		P	P	P	P	P															
6	Angelica Toro		P	P	J	P	P															
7	Mª Pia Ulloa		P	P	J	J	J															
8	Carmen Varas		J	J	J	J	J															
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		7	7	5	5	5															

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

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Gim Pilates 59

LUGAR DE EJECUCIÓN
Tomas Moro 1172 J.V Los Volcanes

NOMBRE DEL PROFESOR
Natalia Demar

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes Jueves 17'40

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		SESIONES FECHA	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1	Virginia Amigada		P	P	J	J	J															
2	Paula Bresciani		P	P	P	P	P															
3	Mª Elena Escobar		P	P	P	P	P															
4	Rosa Fernandez		P	P	P	P	P															
5	Macarena Gomez		P	P	P	P	P															
6	Ariela Mancilla		P	P	P	P	P															
7	Nelson Menichetti		P	P	P	P	P															
8	Carmen Vergara		J	J	J	J	J															
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		7	7	6	6	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

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Pilates 88	A. de Lomaraco 8671 Colon 8000

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Demian	Lunes - Miercoles 13.15

	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
			04.08.25	06.08.25	11.08.25	13.08.25	18.08.25	20.08.25														
1	Rosa Fernandez		P	P		P	P	P														
2	Angelica Galaz		J	J		J	P	J														
3	Carlos Guerra		P	P		P	P	P														
4	Julia Jarpe		P	P		P	P	P														
5	Soledad Olivos		P	P		P	P	P														
6	Elena Palma		J	J		J	J	J														
7	Soledad Valdivia		J	P		P	P	P														
8	Pilar Yañez		P	P		J	P	P														
9	Mª Cecilia Campos		J	J		J	J	J														
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Suspensión por ot.

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN	5	6		5	7	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.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Pilates 89	JV Colón 8000. A. de Lemarco 8671

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Damian	Lunes - Miercoles 14:30

	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
		FECHA	04.08.25	06.08.25	12.08.25	18.08.25	20.08.25															
1	Edith Aguirre		P	P	P	P	J															
2	Gloria Ampuero		J	J	P	P	P															
3	Patricia Barrales		P	P	P	P	J															
4	Ana Maria Guajardo		P	P	P	P	J															
5	Ma Angelica Miquel		P	P	J	P	P															
6	Eva Riquelme		P	P	P	P	J															
7	Blanca Silva		J	J	J	P	P															
8	Ma Teresa Escobedo		J	P	J	J	J															
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		5	6	5	7	3															

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 RA 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.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Pilates 90	JV. Colón 8000. A. de Comercio 8671

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Demian	Lunes. Miercoles 15:45

	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
		FECHA	04.08.25	06.08.25	11.08.25	13.08.25	18.08.25	20.08.25														
1	Eliana Bellolio		P	J	.	J	J	J														
2	Viviana Gonzalez		P	P	.	P	P	P														
3	Patricia Michea		P	J	Susp. por CAT	P	P	P														
4	Ana Maria García		P	P		P	P	P														
5	Jessica Morey		P	P		P	P	P														
6	Macela Silva		P	P		P	P	P														
7	Alicia Umutia		J	J		J	J	J														
8	Elena Valenzuela		P	J		J	J	J														
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		7	4		5	5	5														

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.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Pilates 91	JV. Colon 8000 A. de Carvalho 8671

NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Damian	Lunes Miercoles 18:15 Hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	04.08.25	06.08.25	11.08.25	13.08.25	18.08.25	20.08.25														
1	Monica Espinoza		P	P		P	P	P														
2	Claudia Rodriguez		P	P		P	P	P														
3	Judith Otárola		P	P		P	J	J														
4	Ana Maria Godoy		P	P		P	P	J														
5	Diana Leon		J	P		J	P	P														
6	Tonia Tello		J	J		P	J	P														
7	Denisse Loeff		J	J		J	P	P														
8	Mª Paz Carvallo		P	P		J	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	6		5	6	6														

Susp por esquina

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.

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Pilates 92.	J.V. Colón 8000. A. de Camargo 8671

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Demian	Lunes Miercoles 17.00 Hrs

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	04.08.25	06.08.25	11.08.25	13.08.25	18.08.25	20.08.25														
1	Douglas Bannura		P	P		P	P	P														
2	Nancy Castillo		P	P		P	P	P														
3	Ana Delgado		P	P		J	P	J														
4	Cecilia Godoy		P	P		J	J	J														
5	Paulina Marin		P	P		J	P	P														
6	Cecilia Mery		J	J		J	J	J														
7	Ximena Riveros		P	J		J	P	J														
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	5		4	5	3														

Suspendida por enfer.

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

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Gimnasia Pilates 35	JV Los Volcanes T Moro 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Demian Henríquez	Martes Jueves 12:30

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES / Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		FECHA	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1	Gabriela Berrios		J	J	J	J	J															
2	Karin Lastra		J	J	-	-	-															
3	Patricia O'Ryan		P	P	P	P	P															
4	Mª Ines Landea		J	J	J	P	P															
5	Ximena Wirth		J	P	P	J	J															
6	Hortensia Cortez		J	J	-	-	-															
7	Rosa María		P	P	P	P	P															
8	Mª Eugenia Jerez		J	J	-	-	P															
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
	Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		2	3	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

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Gimnasia Pilates 57	JV Los Volcanes Tomás Moro 1172

NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Natalia Demian	MAR y JUE 10:10 - 11:10

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	FECHA	05.08.25	07.08.25	12.08.25	14.08.25	19.08.25															
1 Marlis Bittner		P	P	P	P	P															
2 Bernardita Bolivar		P	P	P	P	P															
3 Yuklen Cam		P	P	P	P	P															
4 Pablina Carvallo		P	J	J	J	J															
5 Cecilia García		P	P	P	P	P															
6 Mª Verónica García		P	P	P	P	P															
7 Fresia Moro		J	P	P	P	J															
8 Carmen Soto		J	J	J	J	J															
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN		6	6	6	6	5															

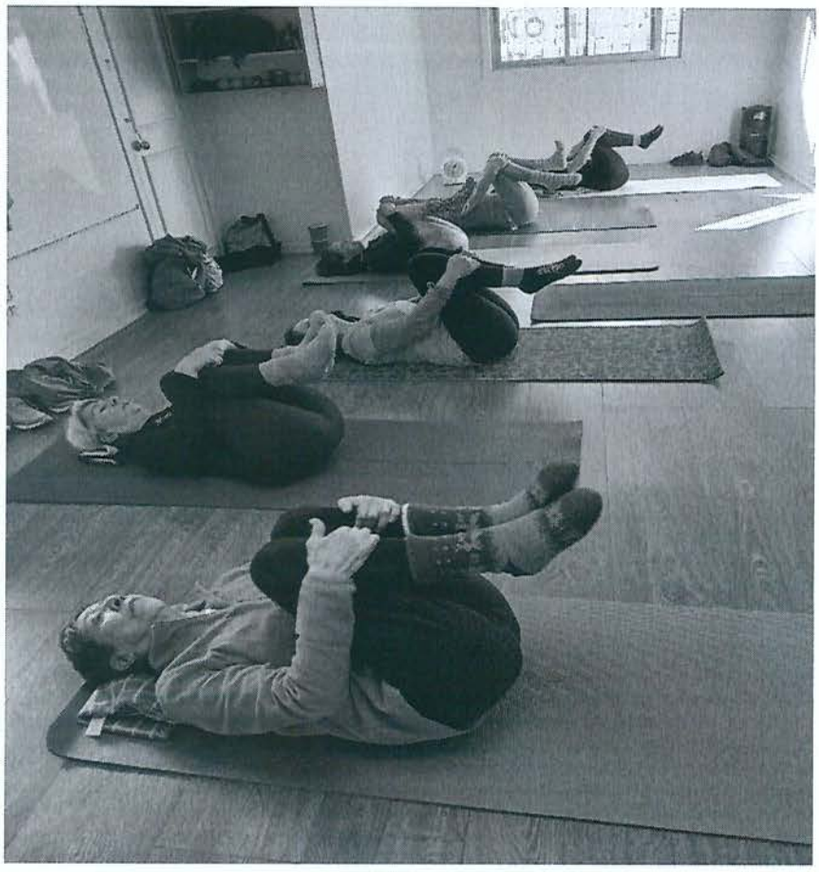
MARQUE CON UNA " P " SI ALUMNO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UN " / " (BARRA) SI ALUMNO NO ASISTIÓ A CLASES
MARQUE CON UNA " J " SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

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.

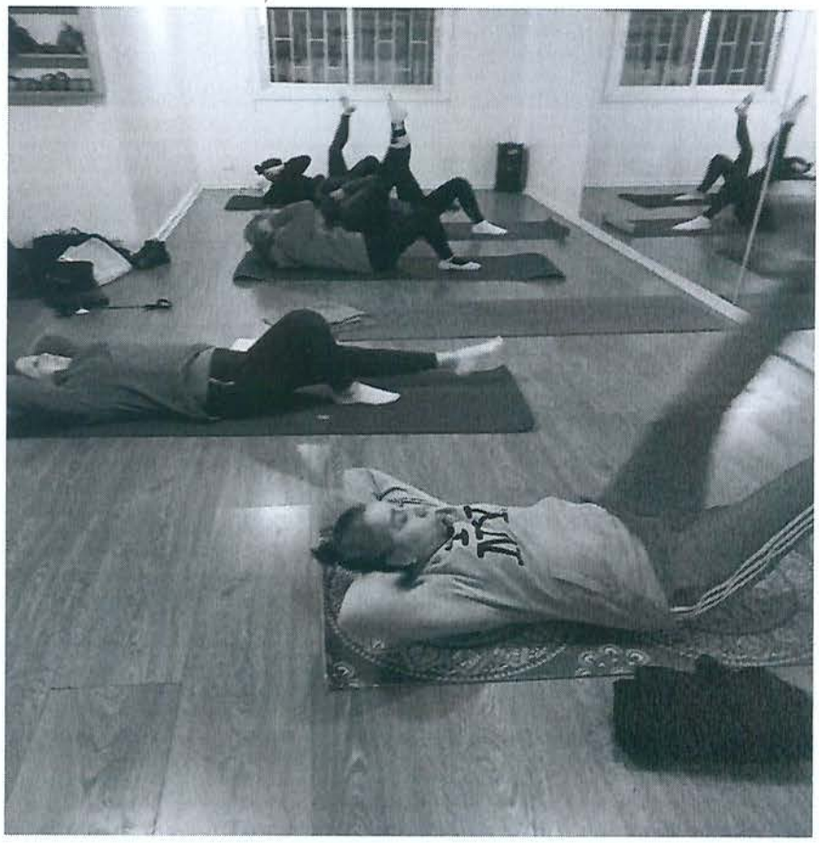
LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

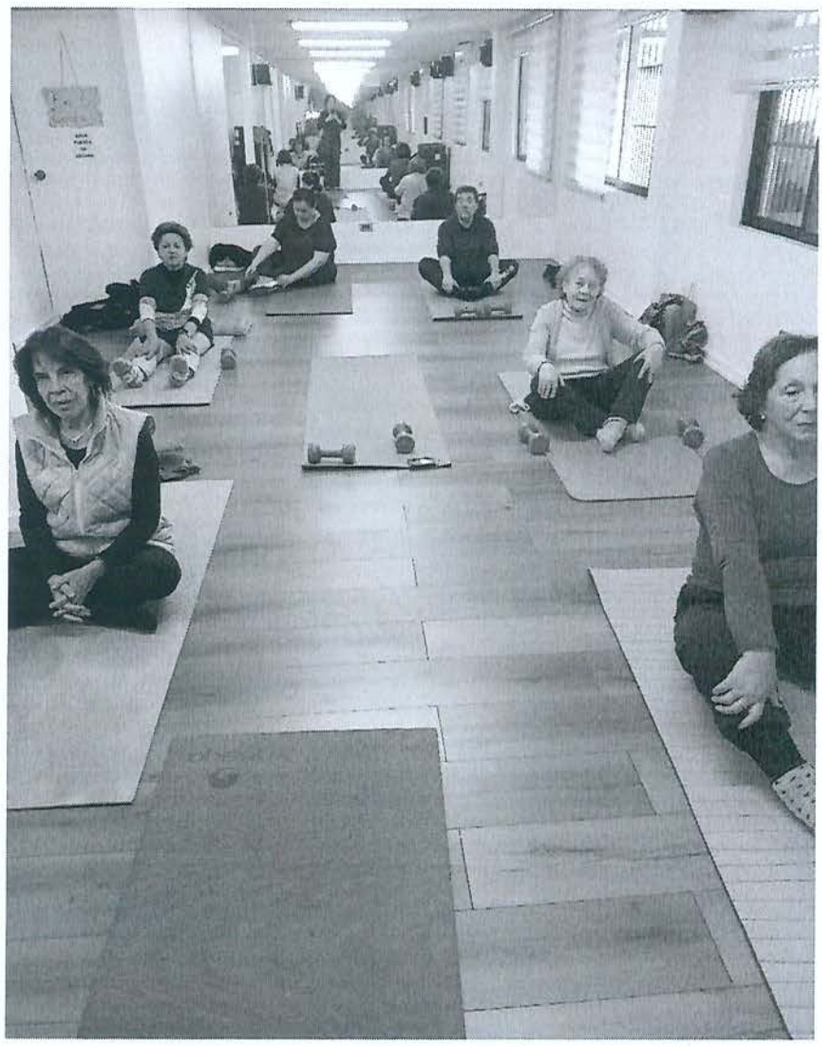
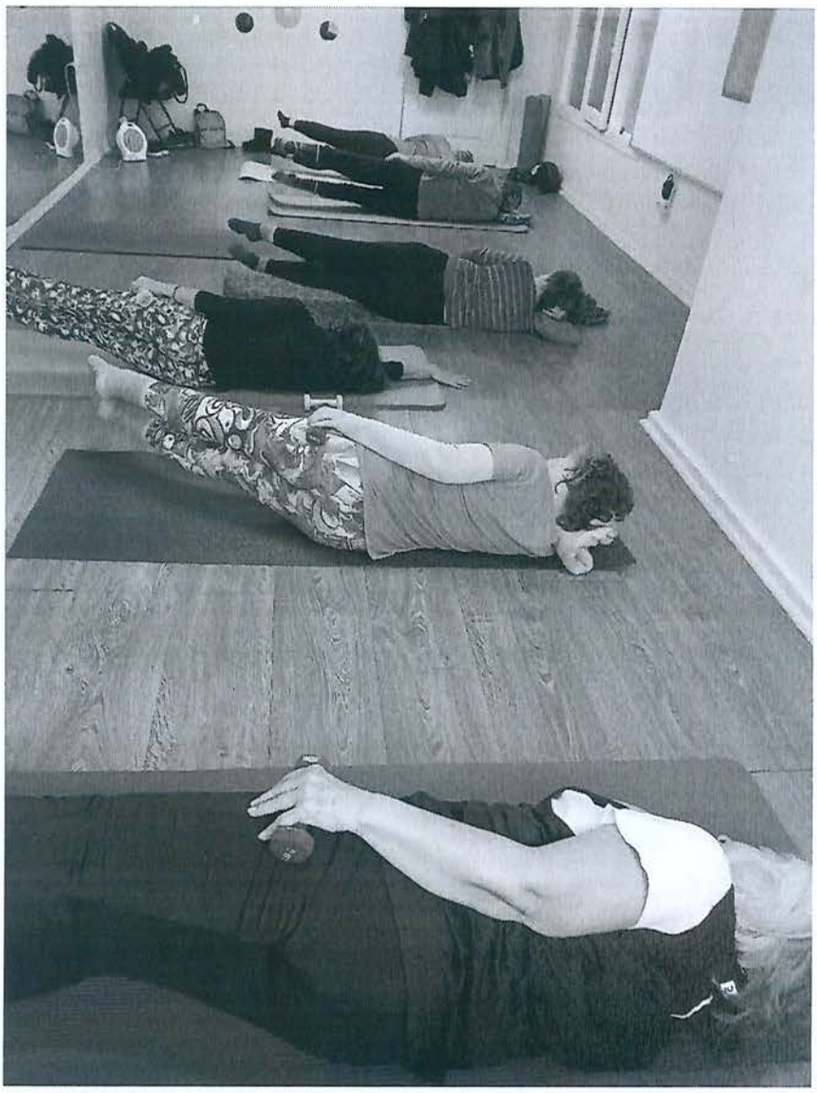
MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



LAS CONDES
MUNICIPALIDAD





LAS CONDES
MUNICIPALIDAD