

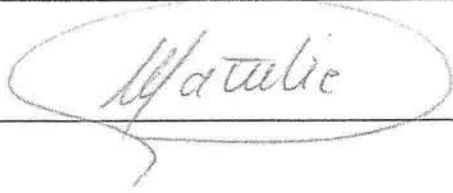
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	MATULIC BEZMALINOVIC MONICA RITA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	YOGA BASICO	MIE 12:15-13:15	VIE 09:00-10:00	██████████	6
T.2	YOGA BASICO	MIE 13:30-14:30	VIE 10:15-11:15	██████████	6
T.3	YOGA BASICO	MAR 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30	██████████	10
T.4	YOGA BASICO	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	██████████	6
T.5	YOGA BASICO	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15	██████████	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Técnicas de respiración para relajar el sistema nervioso postural (asana) de exigencia intermedia, tanto en pie como suelo. Ejercicios de focalización atención.
T.2	Respiración profunda, alterna y jodeante. Series de movimientos que incluyen movilidad articular, posturas y concentración. Relajación profunda.
T.3	Ejercicios respiratorios y de focalización de la atención. Secuencias (saludo al sol, del guerrero, triángulo). Relajación recorrido corporal.
T.4	Respiración (cuadrada, profunda, alterna). Ejercicios articulares. Posturas básicas en pie, rodillas y suelo. Relajación progresiva de Jakobson. Meditación.
T.5	Técnicas de respiración para activar y relajar posturas en pie con énfasis en la mantención de tiempos largos. En suelo trabajo para columna. Relajación.

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

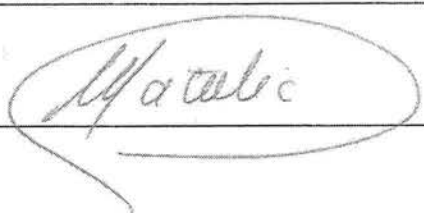
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	MATULIC BEZMALINOVIC MONICA RITA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	YOGA BASICO	LUN 11:30-12:30	VIE 11:30-12:30	[REDACTED]	5
T.7	YOGA BASICO	LUN 12:45-13:45	VIE 12:45-13:45	[REDACTED]	4
T.8	YOGA BASICO	MAR 14:15-15:15	JUE 14:15-15:15	[REDACTED]	5
T.9	YOGA INTERMEDIO	LUN 17:00-18:00	MIE 17:00-18:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	8
T.10	YOGA INTERMEDIO	LUN 18:15-19:15	MIE 18:15-19:15	PLATAFORMA EDUCACIONAL	4

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Gimnasia psicofísica para trabajar articulaciones y musculatura, posturas de suelo con visualización de centros de energía. Relajación guiada.
T.7	Vinyasa yoga (series de posturas con exigencia intermedia, combinadas con ritmos respiratorios). Relajación profunda. Meditación con mantras.
T.8	Movilidad articular y secuencias de posturas básicas. Este mes se puso énfasis en equilibrio y apoyo de técnicas de respiración. Relajación.
T.9	Técnicas de respiración (alterna, cuadrada, profunda). posturas de pie y suelo. Ejercicios de focalización de la atención para la calma mental.
T.10	Técnicas de respiración (alterno cuadrado, profunda) secuencias de posturas enlazadas, tanto en movimiento como detenidas. Meditación calma.

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

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

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	MATULIC BEZMALINOVIC MONICA RITA		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	YOGA INTERMEDIO	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	██████████	6
T.12	YOGA INTERMEDIO	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15	██████████	6
T.13	YOGA INTERMEDIO	MAR 13:00-14:00	JUE 13:00-14:00	██████████	6
T.14	--	---	---	---	
T.15	--	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Ejercicios de respiración para activar y relajar el sistema nervioso. Series de posturas intermedias con focalización de atención en puntos específicos.
T.12	Respiración kapalabhati (con contracción y expansión de abdomen) Series de movimientos y posturas entrelazadas. Relajación profunda. Meditación.
T.13	Técnicas respiratorias (alterna, cuadrada, profunda) Ejercicios para articulaciones. Énfasis en posturas de equilibrio. Relajación guiada.
T.14	
T.15	

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

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. MATULIC BEZMALINOVIC MONICA RITA, 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. MATULIC BEZMALINOVIC MONICA RITA.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER YOGA	LUGAR DE EJECUCION JUAN DE AUSTRIA 1532
NOMBRE DEL PROFESOR MONICA MATULIC	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER MIÉRCOLES 12:15 VIERNES 9:00

	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
				19/03/25	21/03/25	26/03/25	28/03/25	02/04/25	04/04/25	09/04/25	11/04/25	16/04/25	23/04/25	25/04/25	30/04/25	07/05/25	07/05/25	14/05/25	16/05/25	23/05/25	27/05/25	30/05/25	04/06/25
1	VIRGINIA UARUAS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	LEONOR BERNAIN	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3	JESSICA FERNANDEZ	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
4	ELENA FERNANDEZ	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
5	PATRICIA MANHS	J	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J
6	SIMON COBRIANSKY	J	J	P	P	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J
7	CRISTINA ECHAGOE	P	P	J	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P
8	MONICA OYARZUN	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P
9	TERESA VESILA			P	J	P	J	J	J	P	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
10	IRMA OYARCE											P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	5	7	6	6	6	5	6	3	7	5	6	6	5	5	6	6	3	6	5	4
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MIERCOLES Y VIERNES 13:30 - 14:30

	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
					19/03/25	21/03/25	26/03/25	28/03/25	02/04/25	04/04/25	09/04/25	11/04/25	16/04/25	23/04/25	25/04/25	28/04/25	02/05/25	07/05/25	09/05/25	14/05/25	16/05/25	23/05/25	28/05/25	30/05/25
1	GABRIELA QUINTANA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	PATRICIA BULL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	PATRICIA SIERRA AITA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	CANALE PATRICIA(R)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	DIAS ELISA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	CLAUDIA RAINERI	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	ANA MARIA PALAUOJ(R)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	ANA MARIA ORHOLA(R)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	MISABEL OREILANA(R)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	MONTSEERAT PINO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	MARIA SALIDA																							
12	GLORIA SANCHEZ																							
13	BERNARDITA CUEVAS																							
14	LIZ MARIA																							
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	6	7	5	7	7	9	6	6	5	8	6	5	6	6	6	8	7	5	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
17/03/25

DEPARTAMENTO
SECTION CONTEATO-TAILLERS

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TALLERES REC Y DEARROLLO

[illegible][illegible]

5	6	5	5	5	6	7	6	5	6	4	8	7	6	6	5	6	7	+
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---


FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/20

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del minimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
2011/25

PROGRAMA
TAJERES REC. Y DEMARCO

[illegible][illegible]

1	4	6	3	4	4	5	5	1	2	3	3	3	2	1	3	4	5	5	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Martins
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATOLIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES, MIERCOLES 9:00 - 10:00

	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
			13/08/21	18/08/21	20/08/21																	
1	CECILIA AYALA	P P P																				
2	JUAN BAEZA	J P /																				
3	MACARENA ST. MARIA	/ / /																				
4	LORENA PAUL	/ / /																				
5	LAURA RETAMAL	P P P																				
6	BERNARDITA DEIBADO	P P P																				
7	CARMEN VICENTE	P P P																				
8	SABIR TABACH	P / /																				
9	JOHNA GARCIA	P P P																				
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION 8 6 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
1710325

DEPARTAMENTO
GESTION CONTRATO TALLER

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TALLERES REL Y DESARROLLO

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

[illegible]

M. Matović
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES Y MIERCOLES 10:15-11:15

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
			11/08/21	13/08/21	14/08/21	20/08/21																
1 MONICA REYES			P	P	/	P																
2 EVELYN CARVALLO			P	P	P	P																
3 ENRIQUETA FLORES			P	P	P	P																
4 LUISA DIBAN			P	P	P	P																
5 FRANCISCA AEDO			P	P	/	P																
6 DAYSI FRITIS			P	P	P	P																
7 SILVANA ORTIZ			J	J	J	J																
8 ANDREA RETANALES			P	P	J	T																
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	7	2	4	6																		
-----------------------------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
17/03/85

DEPARTAMENTO
GESTION CONTRATO ITALIEREI

8

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TAIHERES REC Y DESARROLLO

[illegible][illegible]

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

M. Matić
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES Y VIERNES 12:45 - 13:45

	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
				17/08/25	18/08/25																		
1	LILIANA MECKES		J J																				
2	ADRIANA MARDONES		/ /																				
3	VIOLETA SACA		J J																				
4	M. LUISA SOTO		J J																				
5	MERCEDES ORTIZ		P P																				
6	GLORIA SARABIA		P P																				
7	M. OLGA AGUILERA		P J																				
8	GLISELA JARA		P P																				
9	MATIAS OVALLE		P P																				
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION 54

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
12/03/25

DEPARTAMENTO
GERENÇÃO CONTRATO TALLERES

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
3/11/25

PROGRAMA
TALECEI SEC. DELACROIX

[illegible][illegible]

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

[Signature]
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES Y VIERNES 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
1	WILLIAM AWAD		18/08/25	J																			
2	CECILIA DOREN			P																			
3	SYBIL O' BELL			P																			
4	M. ANGELICA VALDES			J																			
5	ELVIRA MORALES			P																			
6	LUCY AVENDAÑO			P																			
7	ISABEL TRONCOSO			P																			
8	IRENE CARRASCO			/																			
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
12/03/23

DEPARTAMENTO
Gestión Contratos Talleres

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
20/11/23

PROGRAMA
TAJERES REC. Y DESARROLLO

[illegible][illegible]

	5	7	4	5	2	2	2	3	4	4	5	3	2	4	4	4	5	4	4	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATOLIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES Y JUEVES 14:15 - 15:15

	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
					10/08/25	12/08/25	14/08/25	19/08/25																
1	LABEL LOPEZ				J	J	J	J																
2	VERONICA GARAY				P	P	P	P																
3	SARA ROA				P	P	P	P																
4	GLORIA LURVE				P	P	P	P																
5	HILDA SOTO				/	/	/	/																
6	ANDREA SCHEUCH				P	/	/	/																
7	CRISTINA RISI				/	/	/	/																
8	EMILIA VEGA				P	P	P	P																
9	RAFAEL WADS				/	P	J	J																
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	5	5	4	4																				
-----------------------------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "." 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
13/05/25

DEPARTAMENTO
SEÇÃO CONTRATO TAIKREI

8

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
3071125

PROGRAMA
TAILLER REC. Y DEL ARROJO

[illegible][illegible]

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

Matulić
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

LUGAR DE EJECUCION

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES Y JUEVES 13:00-14:00

	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
			07/08/25	12/08/25	14/08/25	19/08/25																
1	ADEIANA CASACOTTI		P	P	P	P																
2	NANCY TORALES		P	P	P	P																
3	ROSA PIZARRO		P	P	P	P																
4	KETTY MORALES		P	P	P	J																
5	CAROLINA PIZARRO		P	P	P	P																
6	GOSANA ALFARO		J	P	-	J																
7	ISABEL VEGA		J	-	-	-																
8	SILVIA NAHUM		P	P	J	P																
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION

16755

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
1103125

DEPARTAMENTO
GETTON CONTRATO, TALLERES

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TALLERES DE Y DE ALCOHOL

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

9 6 7 7 8 12 11 10 7 11 11 11 7 7 11 9 9 7 11 11

[illegible]

Mateo
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
[REDACTED]

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTES Y JUEVES 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
				12/08/25	14/08/25	19/08/25																	
1 YOLANDA FIGUEROA				P	P	P																	
2 ESTHER SUAREZ				P	J	P																	
3 CARMEN SLIGHT				P	P	P																	
4 GABY BOCHARD				P	P	P																	
5 BIANCA VILLOSOLA				P	P	P																	
6 SOLEDAD HERNANDEZ				P	P	P																	
7 LUZ ARRAÑO				P	P	P																	
8 NAJAH MUSLEH				P	P	P																	
9 SUSANA SILVA				J	P	J																	
10 VERONICA CEVASCO				P	P	P																	
11 JOSEFINA CORDERO				P	J	P																	
12 ROSMERY LORETEGVI				P	P	J																	
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION 11 10 9 1

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.

DE ASISTENCIA

INSCRIPCION MINIMA : 8
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
TAHERES REC 1 DE ABRIL 2010

[illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

YOGA

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR

MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MARTE Y JUEVES 9:00 - 10:00

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
5/2/2016	12/02/16	13/02/16	14/02/16	19/02/16															

1	JOANET LASBIMAT	J	P	P	P														
2	MARGARITA SUAZO	P	P	P	P														
3	PABLA NEWMAN	P	J	P	J														
4	LUZ ARRAÑO	P	P	P	P														
5	MYRIAM BAHAMONDES	T	P	P	P														
6	VIRGINIA MARTINEZ	P	P	J	P														
7	NILDA MAIA	T	P	P	P														
8	VERONICA MORALES	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 5 7 7 7

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	LUGAR DE EJECUCION
YOGA	
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MONICA MATULIC	MARTES Y JUEVES 10:15 - 11:15

	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
1	VIVIANA MASOBEIO			12/08/25	P	P	J																	
2	FREDIA CARUJAL			12/08/25	P	P	P																	
3	CRISTINA CABREPA			12/08/25	J	P	P																	
4	SONIA MEHA			12/08/25	P	P	P																	
5	TATIANA MARTIN			12/08/25	J	P	P																	
6	NEIDA RODRIGUEZ			12/08/25	P	P	P																	
7	CAROLINA BETANCOURT			12/08/25	J	J	P																	
8	KIRA CORDERO			12/08/25	J	P	P																	
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	4	5	7	8																				
-----------------------------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.