

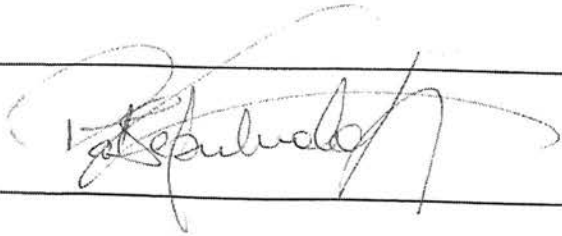
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SEPULVEDA LOPEZ ERIKA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	CHI KUNG	LUN 17:00-18:00	MIE 17:00-18:00		12
T.2	CHI KUNG	LUN 11:30-12:30	MIE 11:30-12:30		6
T.3	CHI KUNG	MAR 15:30-16:30	JUE 15:30-16:30		5
T.4	CHI KUNG	MAR 16:35-17:35	JUE 16:35-17:35		5
T.5	CHI KUNG	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15		8

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Durante este período, hemos repasado la Serie de los 6 sonidos curativos y además, estamos trabajando en la integración de la Serie de Shibashi parte 2, que ayuda a calmar la mente y trabajar la movilidad de todas las articulaciones
T.2	Con este grupo hemos repasado Los 8 Brocados de Seda y también estamos trabajando en la Serie de Shibashi parte 2 hasta el movimiento 10, que ayuda a calmar la mente y fortalecimiento de las Articulaciones y músculos
T.3	Con este grupo hemos repasado Los 10 Símbolos de la Longevidad y también estamos trabajando en la Serie de Shibashi parte 2 hasta el movimiento 10, que ayuda a calmar la mente y fortalecimiento de las Articulaciones y músculos
T.4	Durante este mes, hemos estado repasando la Serie Shibashi versión 1 y además, estamos trabajando en la integración de la Serie de Shibashi parte 2, que ayuda a calmar la mente y trabajar la movilidad de todas las articulaciones, fortalecer músculos y tendones de extremidades superiores e inferiores
T.5	Con este grupo seguimos trabajando en la respiración Xi Xi Hu y Xi Xi Fa para fortalecer pulmones, músculos pectorales y oxigenar profundo. Además, estamos conociendo la Serie Shibashi 2.

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

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE
TALLER**

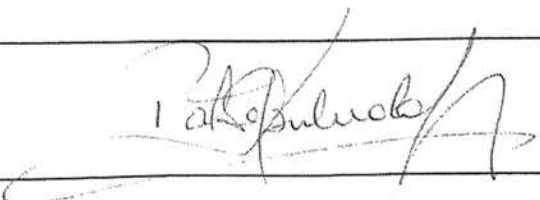
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	SEPULVEDA LOPEZ ERIKA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	CHI KUNG	LUN 10:00-11:00	MIE 10:00-11:00		6
T.7	CHI KUNG	LUN 13:30-14:30	MIE 13:30-14:30		4
T.8	CHI KUNG	LUN 18:15-19:15	MIE 18:15-19:15		5
T.9	DESARROLLO PERSONAL	MAR 12:15-14:15	—		5
T.10	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Durante este mes, hemos estado repasando la Serie de los 6 sonidos curativos y también estamos trabajando en la integración de la Serie de Shibashi parte 2, que ayuda a calmar la mente y trabajar la movilidad de todas las articulaciones, fortalecer el equilibrio, alineación y percepción del espacio
T.7	Con este grupo, hemos estado repasando la Serie de Los 10 Símbolos de la Longevidad y también estamos conociendo la Serie Shibashi parte 2 hasta el movimiento 8, que ayuda a equilibrar la mente y el cuerpo. Respiración cuadrática. Meditación guiada para conectar con ambos hemisferios del cuerpo.
T.8	En este período, hemos estado repasando la Serie de Shibashi 1 (18 movimientos) y también estamos empezando a ver la Serie de Shibashi parte 2, ayudando a las alumnas con menor movilidad a realizar los ejercicios en silla.
T.9	Con las alumnas, en el módulo de la Energía y sus distintas Miradas, hemos estado revisando detalladamente los Conceptos de Yin – Yang, Canales Energéticos Du Mai, Ren Mai y 12 Meridianos Principales de Medicina China.
T.10	

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. SEPULVEDA LOPEZ ERIKA, 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. SEPULVEDA LOPEZ ERIKA.

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

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

Planilla Control de Asistencia

Taller: CHI-KUNG

Lugar: CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

Profesor: ERIKA SEPULVEDA

Día - Horario: LUNES Y MIÉRCOLES 17:00-18:00 HRS

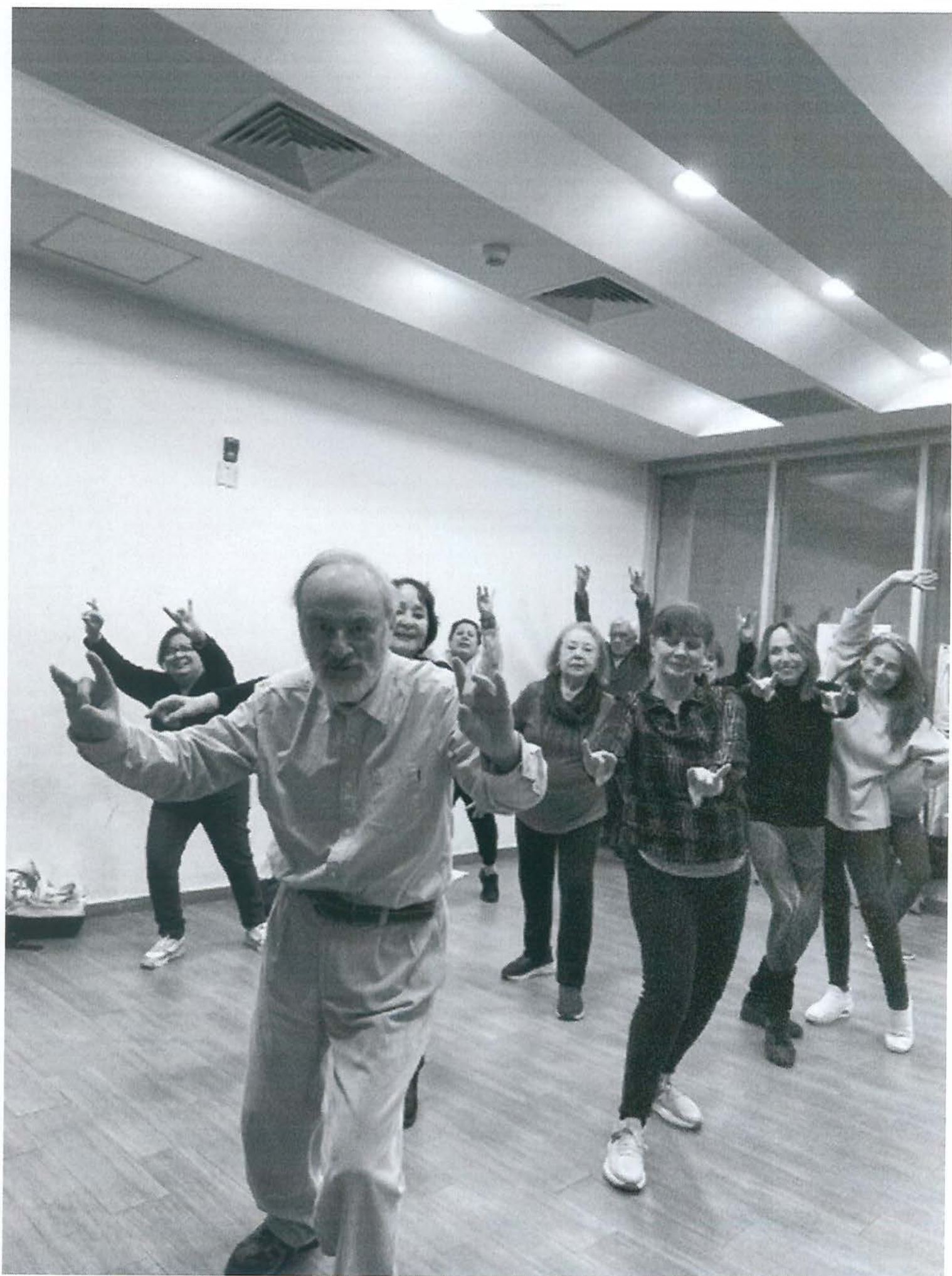
Nombre Alumnos (Favor de usar letra imprenta)	S E S I O N E S	Nº F E C H A S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			17 M A R A	19 M A R A	24 M A R A	26 M A R A	2 A B R O	7 A B R O	9 A B R O	14 A B R O	16 A B R O	21 A B R O	23 A B R O	28 A B R O	30 A B R O	5 M A Y	7 M A Y	12 M A Y
X 1 AMPUERO DUARTE SANTIAGO SEGUNDO																		
✓ 2 ARAYA RIVERA CECILIA			J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
X 3 COUSIÑO RIQUELME MARIA ANGELICA																		
✓ 4 FASSLER KOHEN MOISES SHEMA			P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	J	J
✓ 5 GARCIA BINIMELIS ANA MARIA			J	P	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	J	J	J
✓ 6 GONZALEZ ALVAREZ TAMARA ROSA DE LOUR			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
✓ 7 JORQUERA BEIZA MARIA ELENA MERCEDES			J	J	J	P	J	J	P	P	J	P	P	J	P	J	J	P
✓ 8 LENIZ GONZALEZ MARIA GABRIELA			P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	P
X 9 MARINI MANDIOLA BORIS																		
✓ 10 MERINO GOYCOLEA MARA EMILIA DE LAS M			P	J	J	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P
✓ 11 MORALES HERRERA SANDRA PAOLA			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	J
✓ 12 MUÑOZ KRSULOVIC LILIAN NEVENKA MARI			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J
✓ 13 PARRA GARCES NICOLAS ANDRES			P	P	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
✓ 14 QUEVEDO BAEZA ANTONIA MYRNA SYLVIA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
✓ 15 VELEZ OCAMPO AGUILERA ANA ALEXANDRA			P	J	J	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	J	J	J
✓ 16 Sonche Valenzuela					P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P
✓ 17 Eugenio Cruz									P	P	P	P	P	P	P	J	P	J
✓ 18 Ximena Horwitz													P	P	J	J	P	P
✓ 19 Alondra Torres																		
✓ 20 Juan Camacho																		
21																		
22																		
23																		

Nº Asistentes por sesión																		
% Asistencia por sesión																		
% Promedio asistencia acumulado																		

Marque con una "P" si alumno asistió a clases
Marque con una "J" si alumno justificó inasistencia

Termino: NOV.

[illegible][illegible]



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Chi Kung	IV Renacimiento Italiano
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Chia Sembrado	lun - mierc. 11:30 - 12:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				17-03	19-03	21-03	24-03	27-03	02/04	04/04	05/04	11/04	16/04	22/04	23/04	28/04	30/04	05/05	07/05	12/05	14/05	16/05	26/05
1	C. Gloria Chahuan			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Mónica Arregui			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Victoria Valera			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Lorena Chacon			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Claudia Serrano			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Daniela Smith			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Miroslava Damjanic			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Iren Benedek			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	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																								
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
maio

DEPARTAMENTO
Desarrollo Comunitario

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

F. TERMINO
novembre

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Deporte

[illegible]


FIRMA PROFESOR

FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

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

7

F. INICIO
May 20

DEPARTAMENTO
Desarrollo Comunitario

F. TERMINO
novembre

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

[illegible][illegible]

Patricia M. ...
FIRMA PROFESOR



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Clubing

LUGAR DE EJECUCION
En los jardines de Apoguincho

NOMBRE DEL PROFESOR
Erika Sepulveda

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
martes y jueves. 15:30 - 16:30

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	18/03/26	20/03/26	25/03/26	27/03/26	01/04	03/04	08/04	10/04	13/04	17/04	22/04	24/04	29/04	01/05	08/05	13/05	15/05	20/05	22/05	27/05
1	Ante Queraide			P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	P	
2	Fernando Crothers			P	P	J	J	J	P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
3	Maria Angelica Cortes			P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	
4	Elaine Garcia			P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	
5	Patricia Muñoz			P	P	J	P	J	P	P	P	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	
6	Angela Becerra			P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	P	
7	Gloria Miranda			J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	
8	Erika Sepulveda			J	J	J	P	J	J	P	J	J	P	J	J	J	J	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 SESION
6 6 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.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
Marzo

DEPARTAMENTO
Festión Tolleson

INSCRIPCION MINIMA : 7
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
<i>Nonewh</i>

PROGRAMA
Talleres Recreativos Personal

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO
20-20

DEPARTAMENTO
Gestión Bienes

INSCRIPCIÓN MÍNIMA: 7

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

F. TÉRMINO
Noviembre

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

[illegible]

¿ES ADULTO
MAYOR?
(SI/NO)

PRESENTA
CERTIF.
MÉDICO
(SI/NO)

[illegible]


FIRMA PROFESOR



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Clubsing

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR
Carla Sepulveda

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
martes y jueves 16:35 - 17:35

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)		SESIONES	N	FECHA																			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	<i>Carmen Galarce</i>			<i>18/03/03</i>	<i>20/03</i>	<i>23/03</i>	<i>27/03</i>	<i>01/04</i>	<i>03/04</i>	<i>06/04</i>	<i>10/04</i>	<i>15/04</i>	<i>17/04</i>	<i>22/04</i>	<i>24/04</i>	<i>28/04</i>	<i>06/05</i>	<i>08/05</i>	<i>13/05</i>	<i>15/05</i>	<i>20/05</i>	<i>22/05</i>	<i>27/05</i>
2	<i>Ximena Bambach</i>			<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
3	<i>M. Pilar Meneses</i>			<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
4	<i>Ximena Hantz</i>			<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
5	<i>Uribe Bañados</i>			<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
6	<i>Elaine Cornejo</i>			<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
7	<i>Andrea Romero</i>																<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
8	<i>María Elena Jaque</i>																						
9	<i>Daniel de la Vega</i>																						
10	<i>Ximena Jaramila</i>																						
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION																							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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. TÉRMINO
Transcurre

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

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

[illegible]

PRESENTA
CERTIF.
MÉDICO
(SI/NO)

[illegible]

Pat Sepúlveda
FIRMA-PROFESOR



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Chikung

LUGAR DE EJECUCION

Plaza del Inso C-7

NOMBRE DEL PROFESOR

Erika Sepúlveda

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

martes jueves 10:15-11:15

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(Letra Imprenta)

SESIONES
FECHA

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	18/03/25	20/03/25	25/03/25	27/03/25	01/04/25	03/04/25	08/04/25	10/04/25	15/04/25	17/04/25	22/04/25	26/04/25	29/04/25	04/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	20/05/25	22/05/25	27/05/25	
1	Alice Carol	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Verónica Padilla	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Monica Osorio	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Ana Rivas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Monica Arales	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Joseline Cordova	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	M. Soledad Godoy	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Elena Maldonado	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Veronica Arduas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Gladya Buiton	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Wilson Barreto																				
12	Carmen Riquelme							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	Hector Arenas																				
14	Yanelis Villegas																				
15	Martha Mejias																				
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION

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
Marzo

DEPARTAMENTO
Gestión Talleres

INSCRIPCION MINIMA : 14

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

F. TERMINO
momentane

PROGRAMA

1. all. Recreación y Desarrollo

[illegible][illegible]

Prof. Dr. Schmalz
FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO
marzo

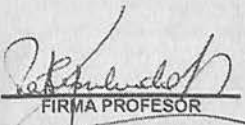
DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA : 11
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
noviembre

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
	25/03	25/03	25/03	25/03	25/03																	
1	P	P	P	P	P																	
2	P	P	P	P	P																	
3	P	P	P	P	P																	
4	P	P	P	P	P																	
5	P	P	P	P	P																	
6	P	P	P	P	P																	
7	P	P	P	P	P																	
8	P	P	P	P	P																	
9	P	P	P	P	P																	
10	P	P	P	P	P																	
11	P	P	P	P	P																	
12	P	P	P	P	P																	
13	P	P	P	P	P																	
14	P	P	P	P	P																	
15	P	P	P	P	P																	
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						


FIRMA PROFESOR



NOMBRE DEL TALLER

Chikung

LUGAR DE EJECUCION

Ucam

NOMBRE DEL PROFESOR

Erika S. Beltrán

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

lun - mier 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
					17/03	19/03	24/03	26/03	31/03	01/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04	04/04
1	Maria Lero Alvarez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	M. Cristina Vasquez				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	M. Angeles Pelt				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Patricia Pacheco				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Ruby Aldame				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	M. Lina Garcia				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Victoria Oliscutti				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Galnelo Valenzuela				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Wilma Col.				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
10	Ana Maria Palomares				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Patricia Abraham				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION

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.

FIRMA PROFESOR



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Etnia Sepulveda

LUGAR DE EJECUCION
J.V. Penamientos

NOMBRE DEL PROFESOR
Chikung

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Lunes - miércoles 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
			17/03	19/03	24/03	26/03	31/03	02/04	07/04	09/04	14/04	16/04	21/04	23/04	28/04	30/04	05/05	07/05	12/05	14/05	19/05	26/05
1	Rosa mor		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Jimena Fuenzalida		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Guillermo Gonzalez		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Paola Puri		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	M. Cecilia Samz		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	M. Luisa Diaz																					
7	Ines Vera Vega																					
8	Maribel Gaste																					
9	Jacqueline Lambellet																					
10	Irmy Carabantes																					
11	María Fola Gaste																					
12	María Lizaso L.																					
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION

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
Marzo

DEPARTAMENTO
Desarrollo Comunitario

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

F. TERMINO
noviembre

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

[illegible][illegible]

[Handwritten Signature]
FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO
Marzo

DEPARTAMENTO
Desarrollo Comunitario

INSCRIPCION MINIMA : 7

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

F. TERMINO
Warenhe

PROGRAMA
Culturales y Comunitarias

[illegible]



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCIÓN
Chinking	JV Los Volcanes
NOMBRE DEL PROFESOR	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Erika Sepulveda	Lunes y Miércoles 18:15 - 19:15

Nº	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIÓN	FECHA																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Liliane Soto		P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
2	Bernardita Bolívar		P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
3	Carmen Bustamante		P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
4	Patricia Delano			P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5	Soledad Ortega			P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6	Claudia Cortez										P	J	J	J	P	P	P	P	P	P
7	Sergio Navarro																			
8	Angelica Perez																			
9	Yolanda A. Atencio																			
10	Isabel Mandujano																			
11	Sonia Alvarado																			
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN																				
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPE EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACIÓN, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

F. INICIO
21/01/20

DEPARTAMENTO

Decom

F. TÉRMINO
novecento

novembre

PROGRAMA	
Talleres Democráticos y Democracia	

PROGRAMA	Talleres Recreativos y Desarrollo
----------	-----------------------------------

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : 7

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

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

DE ASISTENCIA

F. INICIO

marzo

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA :

7

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

F. TERMINO

noviembre

PROGRAMA

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
1	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
3	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
5	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
7	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
9	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
11	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
13	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
15	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
17	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
19	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
21	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
23	P	P	P	P	P	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	P	P	P	P	P		
25	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		

FIRMA PROFESOR



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER <i>Desarrollo Personal</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Los Jardines de Apogimale</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Enke Sepulveda</i>	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>martes 12:15 - 14:15</i>

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			18/03	24/03	31/03	06/04	13/04	22/04	29/04	06/05	13/05	20/05	27/05	03/06	10/06	17/06	24/06	01/07	08/07	15/07	22/07	29/07
1	Jessica Rojas		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Viola Orosco		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Ruby Aldeano		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	Maria Luisa Garcia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	Victoria Cerecillo		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Mary Ann Roberts		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	Mery Lora		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Anita Quezada																					
9	Claudia Cretier																					
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

N° DE ASISTENTES POR SESION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

F. INICIO
Maio

DEPARTAMENTO
Lestron Talleres

INSCRIPCION MINIMA : _____

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

F. TERMINO
Trascurto

PROGRAMA
Talleres Recreativos y Desarrollo

[illegible][illegible]

FIRMA PROFESOR

