

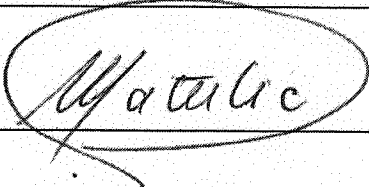
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

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	JUAN DE AUSTRIA 1539	5
T.2	YOGA BASICO	MIE 13:30-14:30	VIE 10:15-11:15	JUAN DE AUSTRIA 1539	6
T.3	YOGA BASICO	MAR 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30	LA CAPITANIA 255	9
T.4	YOGA BASICO	LUN 09:00-10:00	MIE 09:00-10:00	CAMINO EL ALBA 8990	2
T.5	YOGA BASICO	LUN 10:15-11:15	MIE 10:15-11:15	CAMINO EL ALBA 8990	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Técnicas de respiración (alterna, cuadrada). Series de posturas en movimiento (saludo al sol, guerrero, etc.) Relajación guiada. Meditación So-Ham.
T.2	técnicas respiratorias (profunda, jadeante) Ejercicios movilidad articular. posturas sostenidas en pie y suelo. Relajación. Meditación pecho
T.3	técnicas respiratorias (profunda, cuadrada) Ejercicios para articulaciones. Series de posturas entrelazadas. Relajación profunda. Meditación So-Ham
T.4	técnicas de respiración (alterna, cuadrada). Series de posturas estáticas en pie y suelo manteniendo tiempo mayor. Relajación guiada. Meditación brahma.
T.5	técnicas de respiración. series de posturas (Namaskares) con focalización de la atención. Relajación profunda. Meditación chakras.

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

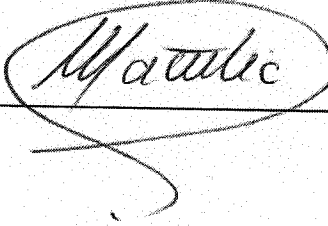
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

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.6	YOGA BASICO	LUN 11:30-12:30	VIE 11:30-12:30	GLAMIS 3404	5
T.7	YOGA BASICO	LUN 12:45-13:45	VIE 12:45-13:45	GLAMIS 3404	6
T.8	YOGA BASICO	MAR 14:15-15:15	JUE 14:15-15:15	LOS ALMENDROS 478	4
T.9	YOGA INTERMEDIO	LUN 17:00-18:00	MIE 17:00-18:00	PLATAFORMA EDUCACIONAL	6
T.10	YOGA INTERMEDIO	LUN 18:15-19:15	MIE 18:15-19:15	PLATAFORMA EDUCACIONAL	2

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	Técnicas respiratorias (profunda, jadeante). Ejercicios movilidad articulaciones. Series de posturas pie y suelo (básicas) Relajación guiada. Meditación
T.7	técnicas de respiración (alterna, cuadrado). Series de posturas dinámicas con focalización de la atención. Relajación y meditación chakral.
T.8	Técnicas respiración. (profunda, jadeante). posturas con visualización en centros energéticos Relajación guiada. Meditación brahmari
T.9	técnicas de respiración (alterna, cuadrado) posturas estáticas con focalización de la atención. Relajación profunda. Meditación en el 3º ojo
T.10	técnicas de respiración (profunda, jadeante) Ejercicios movilidad articulaciones. Relajación guiada. Meditación centro- pecho

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

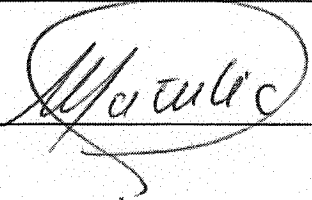
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	JULIO
-----	-------

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

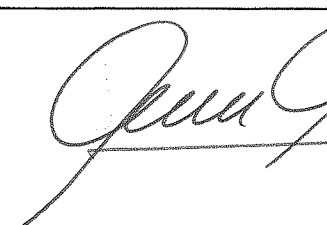
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.11	YOGA INTERMEDIO	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	ROSA OHIGGINS 54	5
T.12	YOGA INTERMEDIO	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15	ROSA OHIGGINS 54	6
T.13	YOGA INTERMEDIO	MAR 13:00-14:00	JUE 13:00-14:00	LOS ALMENDROS 478	5
T.14	—	—	—	—	
T.15	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.11	Técnicas de respiración (cuadrado, alterna) series de movimiento (saludo, sol, guerrero, monzón) posturas intermedias. Relajación guiada
T.12	técnicas de respiración (cuadrado, alterna) series de posturas fluida en suelo y pie. Relajación profunda. Meditación chakra.
T.13	técnicas de respiración (jodente, profunda) Ejercicios articulares. posturas (asanas). Relajación guiada. Meditación en el entreciego.
T.14	
T.15	

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

La Directora de Desarrollo Comunitario, 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 JULIO 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 JULIO 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 Directora de Desarrollo Comunitario	Carolina Contreras Berrios
Firma y timbre Directora de Desarrollo Comunitario	 

Las Condes,

JULIO

mes

de

2025

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)		S E S I O N E S	N Ú M E R O	FECHA																			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	VIRGINIA VARGAS			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	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	J	P	P	P	P
4	ELENA FERNANDEZ			P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	/	P	P	P	J	P	P	P	P
5	PATRICIA MANHUS			J	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	J	J	J	J	J	J	/
6	SIMON COORIANSKY			J	J	P	J	J	P	J	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	J	J	P	P	J	P	P	/	/
8	MONICA OYARZON			/	P	P	P	/	P	/	P	J	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
10	TERESA OYARCE											P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	J	J
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº 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.

DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO
GESTION CONT. CAT. TALLERES

PROGRAMA
TAI LERES REC. DE APROVILLO

1	6	6	5	3	3	4	4	8	4	5									
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
JUAN DE AUSTRIA 1532

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA NATOLIC

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

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
			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	J	P	P	J	/	/	P	/	P	P	P	P	P	P	J	J	J
2 PATRICIA BULL			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J
3 PATRICIA SIERRA AITA			P	P	J	J	P	/	/	P	/	/	/	J	J	J	J	P	P	P	P	P
4 CANALES PATRICIA(R)			P	P	J	P	J	P	P	J	/	/	/	P	P	P	P	P	P	/	P	J
5 DIAS ELISA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P
6 CLAUDIA RAINERI			P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7 ANA MARIA PALACIOS(R)			/	P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8 ANA MARIA OCHOA(R)			/	/	/	P	P	P	J	J	J	P	P	J	J	J	J	/	P	J	J	J
9 M. ISABEL OREILANA(R)			/	/	/	P	P	P	J	J	J	P	P	/	J	J	P	P	J	J	J	J
10 MONSERRAT PINO								P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11 MARIA SALINAS																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION 16 12 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 "/" (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	CAPITANIA 255
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MONICA MATULIC	MARTES Y JUEVES 11:30 - 12:30

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
				10/03/25	20/03/25	25/03/25	27/03/25	01/04/25	03/04/25	10/04/25	15/04/25	17/04/25	22/04/25	24/04/25	29/04/25	06/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	20/05/25	22/05/25	27/05/25	27/05/25
1	YOLANDA FIGUEROA	P	J	P	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	ESTHER SOAREZ	P	P	P	/	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P
3	CARMEN SLIGHT	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P
4	GABY BOCHARD	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
5	BIANCA VILDOJOLA	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
6	SOLEDAD HERNANDEZ	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	LUZ ARRAÑO	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
8	NAJAH MUXEH	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
9	SOSANA SILVA	P	P	J	J	J	J	J	P	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P
10	VERONICA CEJASCO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	JOSEFINA COROZERO	P	P	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P
12	ROSMERY LOPEZ																						
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION	9	9	9	8	9	8	6	8	6	7	9	8	9	9	9	7	9	8	8	9
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
65110N CONTRATO, TALLER

INSCRIPCION MINIMA : 10

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA	
TALLERES DE Y DE ASESORIA	

[illegible][illegible]

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

M. A. T. A. B. I. C.
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

YOGA

LUGAR DE EJECUCION

CATINO EL ALBA 8990

NOMBRE DEL PROFESOR

MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES Y MIERCOLES 9:00 -10:00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				17/03/25	19/03/25	24/03/25	26/03/25	31/03/25	02/04/25	07/04/25	05/04/25	14/04/25	16/04/25	21/04/25	23/04/25	28/04/25	30/04/25	05/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	19/05/25	26/05/25
1	CECILIA AYALA			P	P	/	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
2	JUAN BAEZA			P	P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	/	P	J		
3	HACABENA ST MARIA			P	P	P	J	J	P	/	/	P	/	/	/	J	/	P	/	/	J	/	
4	LORENA PAUL			P	P	/	/	J	J	J	/	/	J	/	/	/	P	P	P	P	P	P	P
5	LAURA BETAMALES			P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	P
6	BERNARDITA DELGADO			/	/	/	/	P	P	P	P	/	/	P	P	P	P	P	J	/	/	P	/
7	CARMELO VICENTE			/	/	P	J	P	/	P	P	J	J	/	P	P	J	/	J	P	P	P	P
8	SARIE TABACH			P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	/	/	P	P	P	/	/
9	JOHANA GARCIA					P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

166626656424864636464

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
17/03/20

DEPARTAMENTO
6. EDITION CONTRATO TALLER

INSCRIPCION MINIMA : 8

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TALLERES REC. Y DESARROLLO

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

Montes
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

YOGA

LUGAR DE EJECUCION

CATINO EL ALBA

NOMBRE DEL PROFESOR

MONICA MATVUC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES Y MIERCOLES 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
					17/03/25	19/03/25	24/03/25	26/03/25	31/03/25	02/04/25	07/04/25	09/04/25	14/04/25	16/04/25	21/04/25	23/04/25	28/04/25	30/04/25	05/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	19/05/25	26/05/25
1	MONICA REYES				/	P	/	/	/	P	J	/	J	P	P	P	J	J	J	P	P	P	J	P
2	EVELYN CARVALLO				/	J	J	J	/	/	/	/	/	/	/	P	/	J	/	P	P	P	P	P
3	ENRIQUETA FLORES				S	J	P	J	J	P	P	/	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	J	/
4	LULA DIBAN				P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
5	FRANLCA AEDO				P	P	J	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	DAYSY FEITAS				P	P	P	P	/	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	SILVANA ORTIZ								P	/	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	/
8	ANDREA RETAMAL(E)								P	P	/	P	/	P	J	J	J	P	/	P	J	P	/	/
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION

13191312125413141614161315141716161414

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
6EJTION CONTRATO TALLER

INSCRIPCION MINIMA : 8

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TALLERES REC Y DESARROLLO

[illegible][illegible]

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

M. J. J. J.
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
CIAMIA 3404

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES Y VIERNES 11:45 - 12:45

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
				12/03/25	21/03/25	24/03/25	28/03/25	04/04/25	07/04/25	11/04/25	14/04/25	21/04/25	25/04/25	28/04/25	02/05/25	05/05/25	09/05/25	12/05/25	16/05/25	19/05/25	23/05/25	26/05/25	30/05/25
1	WILLIAM AWAD			P	P	P	P	J	J	P	/	J	P	/	J	J	/	J	P	J	P	J	P
2	CECUA DOREN			P	P	P	P	P	P	T	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
3	SYBIL O. REILLY			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
4	M. ANGELICA VALDE			P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	J	P	J	P	J
5	ELVIRA MORALES			P	J	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P
6	LUCY AUENDANO			P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	J	/	J	P	J	P	J	P
7	ISABEL TRONCOSO			P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J
8	IRENE CARRASCO			P	/	/	P	/	P	P	/	J	P	/	P	P	P	P	/	P	P	J	J
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

8	5	6	6	2	7	5	4	3	6	4	4	6	6	6	6	6	5	4	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 TALLER

6

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TAILLEUR REC. DELACROIX

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

M. J. J. J.
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

YOGA

LUGAR DE EJECUCION

GLAMIS 3404

NOMBRE DEL PROFESOR

MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES Y VIERNES 12:45 - 13:45

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				13/03/25	21/03/25	24/03/25	29/03/25	31/03/25	04/04/25	07/04/25	11/04/25	14/04/25	21/04/25	25/04/25	28/04/25	02/05/25	05/05/25	09/05/25	12/05/25	16/05/25	19/05/25	23/05/25	26/05/25
1	LIVANA MECKES			P	/	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	J	P	/	
2	ADRIANA MAROONES			P	/	/	P	/	P	/	T	J	J	/	/	J	J	/	/	/	/	/	/
3	VIOLETA SACA			P	P	P	J	J	P	J	P	J	P	J	/	J	J	J	J	/	J	/	/
4	MARIA LUISA SOTO			P	/	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P
5	MERCEDES ORTIZ			/	J	J	J	P	/	/	P	J	P	/	J	P	P	/	P	J	P	/	P
6	GLORIA SARABIA			P	P	P	P	P	J	J	J	P	P	P	P	J	J	J	/	P	P	P	P
7	M. OLGA AGUILERA			J	J	J	J	J	J	J	J	P	P	J	P	J	J	P	P	P	J	J	/
8	GISELA JARA			/	P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P	P	J	P	P	P
9	MATIAS OVALLE			/	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

54655535574645566357

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	
---------------	--

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

PROGRAMA
TAIHERES REC Y DESARROLLO

[illegible][illegible]

Matteo
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

YOGA

LUGAR DE EJECUCION

LOS ALTENEDROS

NOMBRE DEL PROFESOR

MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

LUNES Y MIERCOLES 14:15 - 15:15

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
				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	24/04/25	29/04/25	06/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	20/05/25	27/05/25	27/05/25
1	ISABEL LOPEZ			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	VERONICA GARAY			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	SARA ROA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	GLORIA LUQUE			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	HILDA SOTO			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	ANDREA SCHEUCH			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	CRISTINA RISI			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	EMILIA VEGA			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

25255653345556325645

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
17/03/25

DEPARTAMENTO
6E110W CONTRATO TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : 

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TALLERES REC. y DESARROLLO

[illegible][illegible]

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

M. Sturlic
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
ROSA O'HIGGINS 5Y

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA PATULIC

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
MARTEI Y JOUEI 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
				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	19/04/25	22/04/25	24/04/25	29/04/25	06/05/25	07/05/25	13/05/25	19/05/25	20/05/25	22/05/25	27/05/25
1	JONEL LASBIMAT			J	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	
2	MARGARITA SUAZO			J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	P	P	
3	PABLINA NEWMAN			P	P	P	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	J	P	P	
4	LUZ ABRANO			P	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	
5	MIRYAM BAHAMONDEI			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	P	
6	VIRGINIA MARTINEZ			P	J	J	J	P	J	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P	J	P	J	
7	NILDA MAIA			P	P	P	/	/	J	P	P	/	J	P	/	/	P	J	P	P	/	P	
8	VERONICA MORALES			P	P	P	P	J	J	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 16 26 45 9 6 6 4 3 6 5 5 6 3 7 6 5 5 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
13/03/25

DEPARTAMENTO
GESTION CONTRATO / TALLERES

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

F. TERMINO
301 11/25

PROGRAMA
TAILLERES REC / DE ABRIL

[illegible][illegible]

3	7	7	7	2	5	6	6	6	3	4	6	4	7	4				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Materic
FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
ROSA O'HIGGINS 34

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATULIC

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
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
					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	24/04/25	06/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	20/05/25	22/05/25	27/05/25	29/05/25
1	VIVIANA MASOBBIO	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P
2	FREYA CARVAJAL	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	CRISTINA CABRERA	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J	J	J	/	P	J	J	J
4	SONIA MELLA	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	TATIANA MARTIN	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J
6	NELDA RODRIGUEZ	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	CARDINA BETANCOURT	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	J
8	KIRA CORDERO	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	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 15 7 6 3 2 7 2 7 8 7 6 6 6 5 6 7 7 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
17/03/25

DEPARTAMENTO
GERENCIA CONTRATO Y TALLERES

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

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
TAIIEKEI REF. y DEJAROLTO

[illegible][illegible]

5	7	6	6	2	6	4	5	6	6	6	5	2	5						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
YOGA

LUGAR DE EJECUCION
LOS ALMENDROS

NOMBRE DEL PROFESOR
MONICA MATJUC

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

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
				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	24/04/25	27/04/25	06/05/25	08/05/25	13/05/25	15/05/25	20/05/25	22/05/25	27/05/25
1	ADRIANA CASAROTTI	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	/	P	P	
2	NANCY MORALES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	
3	ROSA PIZARRO	J	J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	/	
4	KETTY MORALES	P	P	P	P	J	J	J	P	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	/	P	
5	CAROLINA PIZARRO	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	/	P	P	P	P	P	
6	SOLANA ALFARO	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	J	J		
7	TJABEL VEGA	J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
8	SILVIA NAHOM	P	P	P	J	P	P	J	P	P	P	J	P	P	J	P	P	J	J	J	J	P	
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

166655464655255466545

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

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

PROGRAMA
TAI/EEEP REC. Y DEJARROJO

[illegible][illegible]

6	4	5	5	5	5	7	3	4	5	5	9	5	5	9					
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

Atalya
FIRMA PROFESOR