

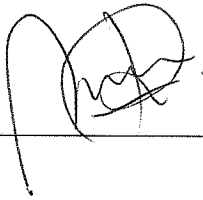
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

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

Nombre	VERGARA ROJAS VERONICA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

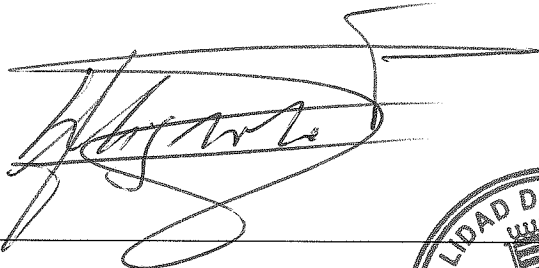
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BELLEZA Y AUTOCUIDADO BASICO	MIE 19:00-21:00	---		8
T.2	BELLEZA Y AUTOCUIDADO BASICO	JUE 18:30-20:30	---		8
T.3	MANICURE BASICO	MIE 16:00-18:00	---		8
T.4	MANICURE BASICO	JUE 16:00-18:00	---		8
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Introducción: estructura del cabello, Tto. Copilar - concepto de Humectación copilar, Hidrotación copilar, Restauración copilar, PH. copilar, Damos copilar por meconicos - naturales, Quimicos - Pincelo c/plancha, ondulado, Secador.
T.2	Tto. copilar, estructura del cabello, damo copilar Meconico - Quimico - natural. PH. Copilar - Diseño de corte y Auto corte.
T.3	Esmolto do Semi Permanente c/diseño y efectos - Uso de gel. Poli gel esculpido, foil, gel Rubber, blooming gel - Diseño mano olgada c/pincel Limer. Retiro de gel.
T.4	Uso de gel → gel Rubber. Poli gel - esculpido con tips, Soft gel → uso de foil - blooming gel - Diseño en esmolto do semi permanente, mano olgada.
T.5	

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. VERGARA ROJAS VERONICA, 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. VERGARA ROJAS VERONICA .

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

Las Condes,

AGOSTO

mes

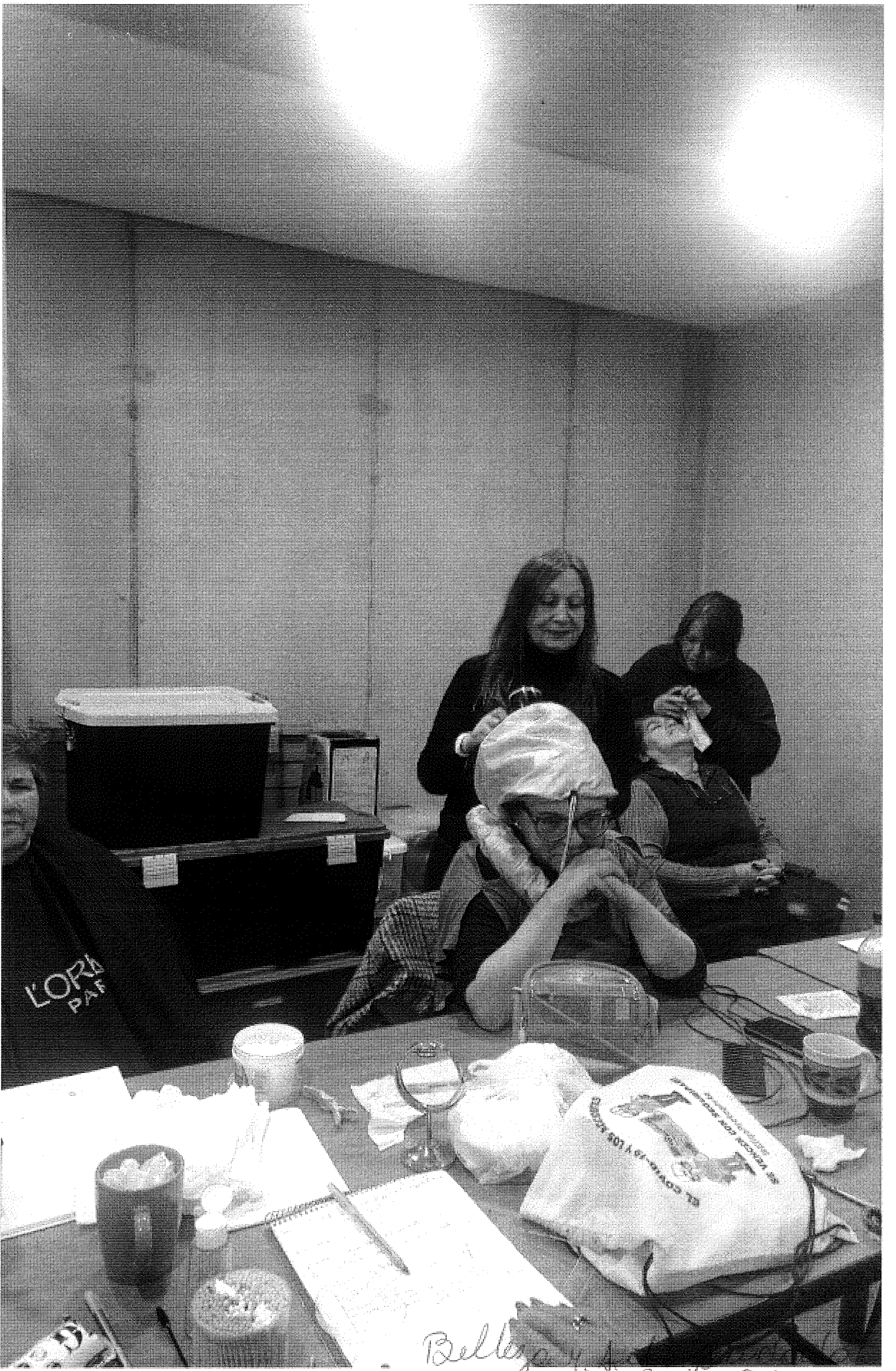
de

2025

año

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.



LORI
PAF

Bellevue



Taller Belleza
Hospital Chedoke
Rio de Janeiro 8/11.



+ aller. Monique
Diognites 911

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Belleza y Seguridad

LUGAR DE EJECUCION
Centro Comunitario

NOMBRE DEL PROFESOR
Verónica Vergara Rojas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Miércoles de 19:00 a 21:00 Horas

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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Elsa Rivera Sepulveda	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
2	Isabel Gajardo	/	P	X	P	X	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	X	/					
3	Angelica Cobo	/	P	P	X	X	P	X	X	X	X	X	X	X	X	X	P	X	/					
4	Clotilde Jerez Aravena	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
5	Sonyuri Sanchez Morales	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	Martha Shuepinghua Ruiz	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
7	Andrea Lopez Ponce	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	X	P	P					
8	Angelica	/						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
9	Cristina Maria Botolan	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	X	X	P	P					
10	Ines Fuentes Mieres	/															P	P	P					
11	Susy Montes Flores	/															P	P	P					
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESION	/	8	+	+	6	8	7	7	7	7	X	6	8	8	8	8							
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

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

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

PROGRAMA

[illegible]


FIRMA PROFESSOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Belleza y Auto Cuidado

LUGAR DE EJECUCION

Sede Yolanda Jenta P.- C23

NOMBRE DEL PROFESOR

Veronica Vergara Rojas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

19:00 a 21:00 Hs.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N º 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
				20/06/25	27/06/25	24/07/2025	29/07/25	08/08/25	15/08/25	22/08/25	29/08/25	12/09/25	19/09/25	26/09/25	03/10/25	10/10/25	17/10/25	24/10/25	30/10/25	07/11/25	14/11/25	21/11/25	
1	Marisol Garcia Nunez			P	P	P	P	X	P	P	X	X	X	X	X	X	S	X	X				
2	Beatriz Torres Herrera			P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Patricia Noya			P	P	P	P	X	P	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Raquel Vergara P.			P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	P
5	Marilú Quintanilla			P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P
6	Susana Vera Vera			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	X	P	P	P	P	P
7	María Elizabeth Forner				X	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P
8	Lili Lopera										P	P	P	P	P	P	O	P	P	P	P	P	P
9	Rosmer Lopez Solano																C	P	P	P	P	P	P
10	Estefani Morales Silva																U	X	X	J	J	J	J
11	Carola Apolliza Hernandez																P	X	X	P	P	P	P
12																	A						
13																	A						
14																	A						
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

6667176666666657888

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

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible]

FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Manicura

LUGAR DE EJECUCION

Centro Comunitario

NOMBRE DEL PROFESOR

Verónica Vergara Rojas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes 16:00 a 18:00 Horas

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
					Leucio, M.	23/04/25	30/04/25	07/05/25	28/05/25	11/06/25	18/06/25	25/06/25	02/07/25	09/07/25	16/07/25	23/07/25	30/07/25	06/08/25	13/08/25	20/08/25				
1	MARIA ELENA CADIZ URIBE	/				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	F	P	P	P	/	P			
2	MARIA CRISTINA CATALAN C.	/			/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	e	P	/	P	P	P				
3	ANA INES FUENTE MIER.	/			P	P	P	/	P	P	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P				
4	ANDREA LOBOS PONCE	/			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
5	SAYURI HAYUMI SANCHEZ	/			/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P				
6	MARTHA LUZ SHUPINGAHUA	/			/	/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
7	ISABEL PALMA HERRERA	/			J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J				
8	ANDREA VALESKA SILVA	/																P	P	P				
9	NORMA XIMENA FERNANDEZ	/																P	/	P				
10	SUSY MONTES FLORES	/																P	P	P				
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION

/ 3 3 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 5 9 7 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	
---------------	--

DEPARTAMENTO

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

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Mami Clere.

LUGAR DE EJECUCION
Sede Vecinal C-23 Villa La C...

NOMBRE DEL PROFESOR
Serenela Vergara Rojas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves de 17:00 a 19:00 hrs. 20:00 a 21:00

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
				20/03/25	27/03/25	24/04/25	29/04/25	08/05/25	15/05/25	22/05/25	29/05/25	12/06/25	19/06/25	26/06/25	03/07/25	10/07/25	17/07/25	24/07/25	30/07/25	07/08/25	14/08/25	21/08/25	
1	Beatriz Vongast Herro	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P	
2	Monlie Rivera Quint	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	
3	Susana Ura Vera	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	X	P	P	P	P	
4	Potilio Moya Santana	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	X	X	A	X	P	P	P	P	
5	Marisol Gallas	X	P	P	X	X	X	P	P	P	X	X	X	X	X	X	N	X	X	/	/	/	
6	Monia Elobeth Torres	X	X	X	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	O	P	P	P	P	P	
7	Lili Lina										P	P	P	P	P	P	D	P	P	P	P	P	
8	Yosna Mañiz Salinas																I	P	P	P	P	P	
9	Estefani Morales Silva																S	/	/	/	J	J	
10	Concha Apoliza Hernandez																P	/	/	P	P	P	
11																	N						
12																	I						
13																	D						
14																	L						
15																	E						
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION 4 5 5 4 1 5 6 7 6 6 6 5 5 5 5 7 8 8 8

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.

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

Lugar Cere.

LUGAR DE EJECUCION

Sede Vecinal C-23 Villa La Gr.

NOMBRE DEL PROFESOR

Serónila Vergara Rojas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

jueves de 17:00 a 19:00 hrs. 21ra

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			S E S I O N E S	N º	F E C H A																	20
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	Geovina Vongosthew				P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	P
2	Monili Rivera Quint				P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P
3	Jersona Uiravera				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L	X	P	P	P	P
4	Potileio Moya Sotom				P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	X	X	A	X	P	P	P
5	Marisol Gaces				X	P	P	X	X	X	P	P	X	X	X	X	X	N	X	X	/	/
6	Monia Eliobeth Torres				X	X	X	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	O	P	P	P	P
7	Lili Lupa											P	P	P	P	P	P	D	P	P	P	P
8	Yasna Dany Solinas																	I	P	P	P	P
9	Esteloni Morales Silva																	S	/	/	S	J
10	Corola Apoliza Hernandez																	P	/	/	P	P
11																		N				
12																		I				
13																		D				
14																		L				
15																		E				
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION

4554156766655757888

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.