

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

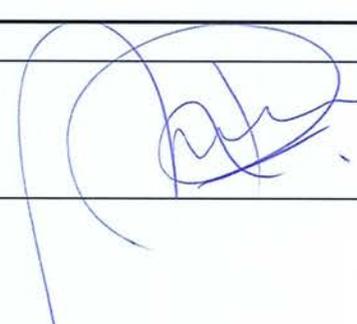
✓

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

Nombre	VERGARA ROJAS VERONICA		
RUT	[REDACTED]	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	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.2	BELLEZA Y AUTOCUIDADO BASICO	JUE 18:30-20:30	---	YOLANDA 9435 DEPTO. 11	6
T.3	MANICURE BASICO	MIE 16:00-18:00	---	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.4	MANICURE BASICO	JUE 16:00-18:00	---	YOLANDA 9435 DEPTO. 11	6
T.5	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Maquillaje día y noche - Cosmética: Uso de luz y sombra, corrector de contorno, sombras de ojos, técnicas: cut grueso abierto, Visagismo de ojos.
T.2	Uso de corrector de contorno en maquillaje de día, Preparación de la piel, armonía del color, Skin Care, Visagismo de ojos (Perfilado de P.)
T.3	Trabajo de Tto. Uñas (limpieza completa) Manicure Rusa (Uso del torno y las presas) Técnicas de esmalte de uñas permanente c/ diseños
T.4	Técnicas de Manicure Rusa, trabajo con uso de torno y manicure combinada (uso corte Uñas (Diseños con efectos) uso de base Rusa.
T.5	

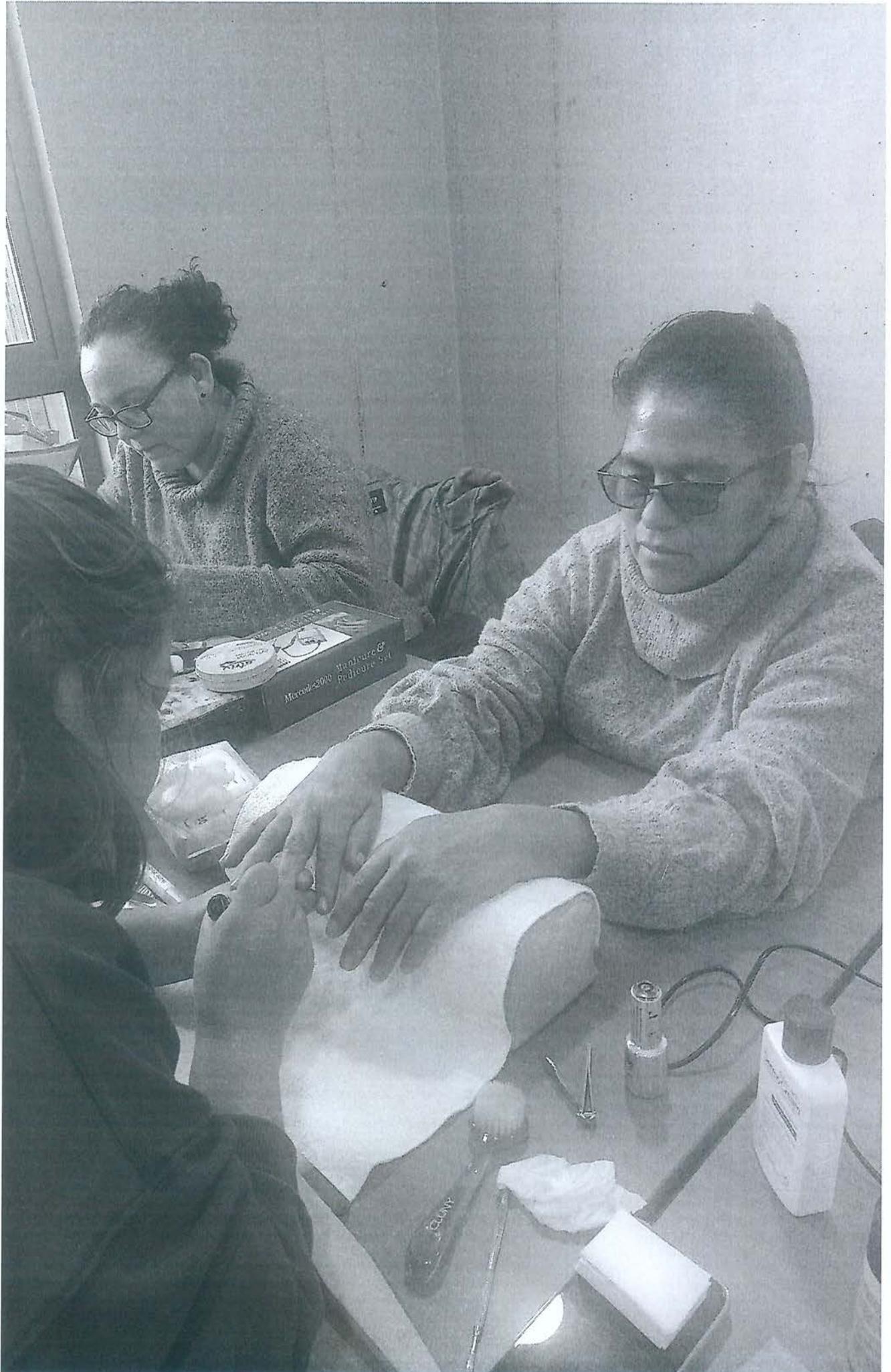
Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.







PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Belleza y Auto Cuidado

LUGAR DE EJECUCION
Sede Yolanda junto V.- 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)	SESIONES	FECHA																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 <i>Marisol Garcia Nunez</i>		P	P	P	P	X	P	P	X	X	X	X	X	X							
2 <i>Stephan Vargas Herrera</i>		P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P							
3 <i>Patricia Rojas</i>		P	P	P	P	X	P	X	X	X	X	X	X	X							
4 <i>Raquel Vergara P.</i>		P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P							
5 <i>Marilú Quintanilla</i>		P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P							
6 <i>Susana Vera Vera</i>		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
7 <i>Monica Eliobeth Forjas</i>		-	X	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	P							
8 <i>Lili Lopera</i>		-	-	-	-	-	-	-	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 "/" (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
Planicere.

LUGAR DE EJECUCION
Sede Vecinal C-23 Villa La Cruz

NOMBRE DEL PROFESOR
Serónela Vergara Rojas

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Jueves de 17:00 a 19:00 hrs. 21/05/25

N	SESIONES	FECHA	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							
1		<i>Reo Vies Vongostleros</i>	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	S							
2		<i>Monili Rivera Quintana</i>	P	P	P	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	A							
3		<i>Susana Ura Vera</i>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	L							
4		<i>Patrio Moya Sotolome</i>	P	P	P	X	X	P	P	P	P	P	X	X	X	A							
5		<i>Moriso Torres</i>	X	P	P	X	X	X	P	P	X	X	X	X	X	N							
6		<i>Mona Elobeth Torres</i>	X	X	X	P	X	P	P	P	P	P	P	P	P	O							
7		<i>Lili Luina</i>								P	P	P	P	P	P	D							
8																I							
9																S							
10																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

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.

