



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|------------|
| Nombre | FELIPE ANDRES MUÑOZ VILLA | | |
| RUT | [REDACTED] | | |
| Fecha ingreso | 1/1/2024 | fecha término | 31/12/2024 |
| Decreto Alcaldicio | 336 | fecha | 12/1/2024 |
| Nombre Jefe directo | KATIA GUZMAN GEISSBÜHLER | | |
| Monto | \$579,710 | | |
| Imputación de gastos | 215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL | | |
| Convenio Asociado al Servicio | NO | | |

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: JUNIO AÑO 2024

| |
|--|
| <p>Actividades específicas por las que fue contratado (a) (Nombre del taller, horarios, sector) (Nombre del taller, días horarios, nivel, categoría o edades lugar de ejecución)</p> <p>Actividad N°1=</p> <p>Labores tecnicas en el Area de proyectos. Deportivos Municipales, colaboracion en la gestion y administracion de talleres deportivos. Recreativos y formativos de la Unidad de deportes.</p> |
|--|

| |
|---|
| <p>Actividades que realizo durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1=</p> <p>-funciones administrativas. -elaboracion de documentacion. -certificacion facturas y solicitudes propias del programa.</p> |
|---|

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI _____ NO X

(Si suspendio horas debe rellenar el cuadro al reverso de esta hoja)

| Justificación de horas o cambios de horarios del presente mes | | |
|---|-------------------|--------------------------|
| (Los cambios de horarios y las horas recuperadas deben coincidir con su respectiva lista de asistencia) | | |
| Actividad N°1: _____ (nombre del taller y sector) | | |
| Días suspendidos: | Días recuperados: | Horarios de recuperación |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| Actividad N°2: _____ (nombre del taller y sector) | | |
| Días suspendidos: | Días recuperados: | Horarios de recuperación |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| Actividad N°3: _____ (nombre del taller y sector) | | |
| Días suspendidos: | Días recuperados: | Horarios de recuperación |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| Actividad N°4: _____ (nombre del taller y sector) | | |
| Días suspendidos: | Días recuperados: | Horarios de recuperación |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |

