



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|------------|
| Nombre | JOSE IGNACIO CAMPOS JARA | | |
| RUT | [REDACTED] | | |
| Fecha ingreso | 1/4/2024 | fecha termino | 31/12/2024 |
| Decreto Alcaldicio | 3870 | fecha | 29/4/2024 |
| Nombre Jefe directo | Katia Guzman | | |
| Monto | 264.000 | | |
| Imputación de gastos | 215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL | | |
| Convenio Asociado al Servicio | NO | | |

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: Octubre 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= Taller Fútbol Varones (2012-2013) Estadio Municipal</p> <p>Viernes: 15:30</p> <p>Sábado: 11:00</p> |
|---|

| |
|---|
| <p>Actividades que realizo durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1= • Se realizaron actividades de posesión de balón con diferentes variantes y remates al Arco.</p> <p>• Se jugo etapas finales Liga entre Volcanes + partidos amistosos</p> |
|---|

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI _____ NO _____

(Si suspendio horas debe llenar 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 |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |

