



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

Nombre	:	ANGELICA BERNARDA BENAVIDES CARRASCO		
RUT	:	[REDACTED]		
Fecha ingreso	:	1/3/2025	fecha término	30/4/2025
Decreto Alcaldicio	:	2523	fecha	4/4/2025
Nombre Jefe directo	:	KATIA GUZMAN GEISSBÜHLER		
Monto	:	\$ 177.544		
Imputación de gastos	:	215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL		
Convenio Asociado al Servicio	:	NO		

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: MARZO AÑO 2025

<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= <i>yoga EN silla El Rosario, martes y jueves de 10:30 a 11:30 hrs. sede Sodal Sector el Rosario, taller recreativo.</i></p> <p>Actividad N°2= <i>yoga Integral los Anauacarios, martes y miércoles de 19:00 a 20:00hrs. sede social Villa los Anauacarios. Taller Recreativo.</i></p> <p>Actividad N°3=</p>
--

<p>Actividades que realizo durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1= <i>yoga en silla El Rosario, aumentar capacidad pulmonar, mejorar postura, fuerza, flexibilidad y equilibrio, meditación.</i></p> <p>Actividad N°2= <i>yoga Integral los Anauacarios, mejorar postura, aumentar fuerza, equilibrio y flexibilidad, meditación + relajación</i></p> <p>Actividad N°3=</p>
--

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI _____ NO X

(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
-	-	-
-	-	-
-	-	-

ANGELICA BENAVIDES CARRASCO

CLAUDIA CONOPAN RIQUELME

ENCARGADA OFICINA DE DEPORTES



FECHA DE EVALUACIÓN:

09 ABR 2025



KATIA GUZMAN GEISSBÜHLER

DIRECTORA DEPARTAMENTO

DESARROLLO COMUNITARIO