



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

Nombre	CARLA MARIELA PAREDEZ GALLEGOS		
RUT	[REDACTED]		
Fecha ingreso	1/3/2025	fecha término	30/4/2025
Decreto Alcaldicio	2522	fecha	4/4/2025
Nombre Jefe directo	KATIA GUZMAN GEISSBÜHLER		
Monto	\$ 387.368		
Imputación de gastos	215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL		
Convenio Asociado al Servicio	NO		

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: _____ AÑO _____

<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= Nombre Taller: ACONDICIONAMIENTO FÍSICO LUNES - MIERCOLES - VIERNES 18:00 - 19:00 hrs Sede Oficina de Deportes</p> <p>Actividad N°2= Nombre Taller: ACONDICIONAMIENTO FÍSICO MARTES - JUEVES (MARTES 19:00 - 20:00 hrs) JUEVES (19:00 - 20:00 hrs) Sede Villa El Parque.</p> <p>Actividad N°3= Nombre Taller: ACONDICIONAMIENTO FÍSICO MARTES - JUEVES 20:30 - 22:00 hrs. Sede Villa Reinas Luisas</p>

<p>Actividades que realizó durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1= FORTALECIMIENTO MUSCULAR ENTRENAMIENTO CON MANCUERNAS - BARRAS etc.</p> <p>Actividad N°2= TONIFICACIÓN MUSCULAR ENTRENAMIENTO CON BALONES, TRX etc.</p> <p>Actividad N°3= AUMENTO RESISTENCIA AÉROBICA ENTRENAMIENTO CON CIRCUITOS.</p>

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI _____ NO _____ X

(Si suspendió 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
-	-	-
-	-	-
-	-	-

[REDACTED]
CARLA PAREDEZ GALLEGOS
[REDACTED]



FECHA DE EVALUACIÓN:

10 9 ABR 2025

