



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|------------|
| Nombre | EDITH HERMINDA CISTERNA URRA | | |
| RUT | [REDACTED] | | |
| Fecha ingreso | 1/5/2025 | fecha término | 31/12/2025 |
| Decreto Alcaldicio | 5036 | fecha | 11/6/2025 |
| Nombre Jefe directo | KATIA GUZMAN G. | | |
| Monto | \$ 266,316 | | |
| Imputación de gastos | 215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL | | |
| Convenio Asociado al Servicio | NO | | |

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: Julio AÑO 2025

| | | | |
|--|--|--|--|
| 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) | | | |
| Actividad N°1= | BAILE ENTRETENIDO LUNES - MIERCOLES 20 Hrs → 21:30 SEDE VILLA MEXICO | | |
| Actividad N°2= | BAILE ENTRETENIDO MARTES - JUEVES 20 Hrs → 21:30 | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Actividades que realizó durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación) | | | |
| Actividad N°1= | Calentamiento, baile, localizado Vuelta a La Calma. Elongacion. | | |
| Actividad N°2= | Calentamiento. baile, localizado Elongacion, Relajacion | | |

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 |
|-------------------|-------------------|--------------------------|
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |



EDITH CISTERNA URRA



JAVIER IBAR MUÑOZ
JEFE DEPTO. TURISMO/
CULTURA/DEPORTE



KATIA GUZMAN GEISSBÜHLER
DIRECTORA DEPARTAMENTO
DESARROLLO COMUNITARIO

FECHA EVALUACIÓN 31 JUL 2025