



MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

|                               |   |                                |               |            |
|-------------------------------|---|--------------------------------|---------------|------------|
| Nombre                        | : | JESSICA BEATRIZ HAMMOUD ANANIA |               |            |
| RUT                           | : |                                |               |            |
| Fecha ingreso                 | : | 01-04-2025                     | fecha término | 30/11/2025 |
| Decreto Alcaldicio            | : | 3763                           | fecha         | 2/5/2025   |
| Nombre Jefe directo           | : | KATIA GUZMAN G.                |               |            |
| Monto                         | : | \$44,386                       |               |            |
| Imputación de gastos          | : | 215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL   |               |            |
| Convenio Asociado al Servicio | : | NO                             |               |            |

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: JULIO AÑO 2025

|  |
|--|
| <p>Actividades específicas por las que fue contratado (a) (Nombre del taller, horarios, sector)<br/>(Nombre del taller, días horarios, nivel, categoría o edades lugar de ejecución)</p> <p>Actividad N°1= <u>YOGA ADULTO MAYOR</u><br/><u>Miércoles de 10:45 a 11:45 hrs.</u><br/><u>ANDRÉS BELLO 256, 2º piso.</u><br/><u>+ 60 AÑOS.</u></p> |
|--|

|   |
|---|
| <p>Actividades que realizó durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1= <u>MEDITACIÓN, EJERCICIOS PRESPINAZÓ-<br/>RIOS ALTERNATIVOS, ASANAS DE EXTENSIÓN,<br/>FLEXIÓN Y TENSIONES SUAVES,<br/>RELAJACIÓN Y MEDITACIÓN DE CÍRCULO.</u></p> |
|---|

SUSPENDIÓ Y RECUPERÓ HORAS? SI \_\_\_\_\_ NO X

(Si suspendió horas debe llenar el cuadro al reverso de esta hoja)

| <b>Justificación de horas o cambios de horarios del presente mes</b>                                    |                   |                          |
|---|-------------------|--------------------------|
| (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 |
| -   | -                 | -                        |
| -   | -                 | -                        |
| -   | -                 | -                        |

JESSICA BEATRIZ HAMMOUD ANANIA



FECHA EVALUACIÓN 31 JUL 2025