



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

| | | | | |
|-------------------------------|---|------------------------------|---------------|------------|
| Nombre | : | RENE ALFONSO CABEZA DIAZ | | |
| RUT | : | [REDACTED] | | |
| Fecha ingreso | : | 1-12-2024 | fecha término | 31-12-2024 |
| Decreto Alcaldicio | : | 9769 | fecha | 3-12-2024 |
| Nombre Jefe directo | : | Katia Guzman | | |
| Monto | : | 529.000 | | |
| Imputación de gastos | : | 215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL | | |
| Convenio Asociado al Servicio | : | NO | | |

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: Diciembre AÑO 2024

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= Acciones de Apoyo a la Gestion
Unidad de Deporte

Lunes 4 Jueves 8:30 A 17:30
Viernes 8:30 A 16:30

Actividades que realizo durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)

Actividad N°1= Cobertura Usuarios

Actividad N°2= Asistencia de Profesor

Actividad N°3= Cumplimiento de Horarios

Actividad N°4= Análisis Metodológico de las Clases

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI _____ NO X

(Si suspendio horas debe rellenar 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]
RENE ALFONSO GABEZA DIAZ
[Redacted]

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
Departamento de Turismo
JAVIER IBAR MUÑOZ
JEFE DEPTO. TURISMO
CULTURA/DEPORTE

MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DIRECTOR DESARROLLO COMUNITARIO
DIDECO
KATIA GUZMÁN GEISSBÜHLER
DIRECTORA DEPARTAMENTO
DESARROLLO COMUNITARIO

FECHA DE EVALUACION:

31 DIC 2024