



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|------------|
| Nombre | CATALINA RUTH MARIN PARRA | | |
| RUT | _____ | | |
| Fecha ingreso | : 1/10/2024 | fecha término | 31/12/2024 |
| Decreto Alcaldicio | : 8440 | fecha | 11/10/2024 |
| Nombre Jefe directo | Katalia Guzman G | | |
| Monto | 144.000 | | |
| Imputación de gastos | 215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL | | |
| Convenio Asociado al Servicio | NO | | |

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: Diciembre AÑO 2024

| |
|--|
| <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= Gimnasia adulto mayor sede villa Heyermann , realizado los días Lunes miércoles y viernes desde las 16:00 horas realizado para mayores + 60</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>Actividades que realizo durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1= Deportes en sala con banda elástica oculo manual y fuerza, coordinación motrices habilidades básicas</p> |
|--|

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI X NO _____

(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: Gimnasia adulto mayor sede villa Heyerimann (nombre del taller y sector)

| Días suspendidos: | Días recuperados: | Horarios de recuperación |
|-------------------|-------------------|--------------------------|
| - 21/12/2024 | - 19/12/2024 | - 15:00 - 18:00 |
| - | - | - |
| - | - | - |

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

CATALINA MARIN PARRA



FECHA DE EVALUACIÓN: 31 DIC 2024