



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

Nombre	RUTH SANDRA GALLEGOS PEREZ		
RUT	[REDACTED]		
Fecha ingreso	: 1/4/2025	fecha término	30/11/2025
Decreto Alcaldicio	: 3764	fecha	2/5/2025
Nombre Jefe directo	KATIA GUZMAN GEISSBÜHLER		
Monto	\$ 145.263		
Imputación de gastos	215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL		
Convenio Asociado al Servicio	NO		

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: Abril AÑO 2025

<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= Taller Adulto mayor "La Amistad de Cruz Roja" día Jueves de 15:30 horas a 16:30 horas. Lautaro 143. Angol.</p> <p>Actividad N°2= Taller de Adulto Mayor "Agua Nieve" Iglesia Centro de Alcance Cristiano Lengo lican 074 de 15:00 horas a 17 horas . -</p> <p>Los horarios se modificaron mes de Abril</p>

<p>Actividades que realizo durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1= Calentamiento General de movilidad muscular rutina en sillón donde se trabaja suavemente las elongaciones. Juego actividad motivadora rutina de bailes .</p> <p>Actividad N°2= Calentamiento de mov. articulares y movilidad muscular rutina en sillón de elongación adaptando los movimientos a las condiciones del grupo, rutina de bailes .</p>
--

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI _____ NO X

(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: _____ (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
-	-	-
-	-	-
-	-	-



RUTH GALLEGOS PEREZ



JAVIER IBAR MUÑOZ

JEFE DEPTO TURISMO /
CULTURA/DEPORTE

Rectificación Fecha
FECHA DE EVALUACIÓN:

08 MAY 2025