



MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

| | | | | |
|-------------------------------|---|------------------------------|---------------|-----------|
| Nombre | : | HERIBERTO GRANDON SILVA | | |
| RUT | : | [REDACTED] | | |
| Fecha ingreso | : | 1/3/2025 | fecha termino | 30-4-2025 |
| Decreto Alcaldicio | : | 2551 | fecha | 7/4/2025 |
| Nombre Jefe directo | : | KATIA GONZALEZ G. | | |
| Monto | : | \$266.316. | | |
| Imputación de gastos | : | 215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL | | |
| Convenio Asociado al Servicio | : | NO | | |

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: Abril 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=
Fútbol Femenino
Martes - Jueves y Viernes
18 a 20 hrs., Cancha N° 3
desde 8 a 17 años de edad
Estadio Alberto Lencinas M.
se descuentan 2 horas del 10-04 y no se realiza 1 hora
del día 29-04. total bruto en la boleta \$233.025

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

Actividad N°1=
- calentamiento
Oxigenación, movilidad Articular, Trabajo
de potencia, Elongación

SUSPENDIO Y RECUPERO HORAS? SI X 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)

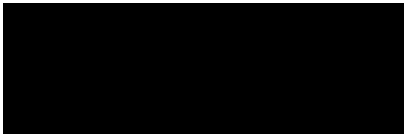
| Días suspendidos: | Días recuperados: | Horarios de recuperación |
|-------------------|-------------------|--------------------------|
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |

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



HERIBERTO GRANDON SILVA

MUNICIPALIDAD DE ANGOL
CLAUDIA COÑOPÁN RIQUELMÉN
ENCARGADA OFICINA DE DEPORTES

MUNICIPALIDAD DE ANGOL
Departamento de Turismo
JAVIER IBAR MUÑOZ
JEFE DEPTO TURISMO CULTURA/DEPORTE

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

FECHA DE EVALUACIÓN: 30 ABR 2025