



MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

INFORME DE DESEMPEÑO PERSONAL HONORARIOS.

Nombre	:	ROCIO ARACELY MELGAREJO MEDINA		
RUT	:			
Fecha ingreso	:	01-07-2025	fecha término	31/12/2025
Decreto Alcaldicio	:	6447	fecha	5/8/2025
Nombre Jefe directo	:	KATIA GONZÁLEZ		
Monto	:	\$290.526		
Imputación de gastos	:	215.21.04.004 CTA. MUNICIPAL		
Convenio Asociado al Servicio	:	NO		

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE: Septiembre 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=</p> <p>Profesore de taller de Atletismo Municipal</p> <p>Honorarios : Martes 18:30 -20:30 , miércoles 18:00 -20:00 ,</p> <p>Viernes 17:30 -19:30 hrs.</p> <p>- Pista Atletica Estadio Municipal .</p> <p>- Nivel formativo</p>
---

<p>Actividades que realizo durante el presente mes (Actividades resumidas de planificación)</p> <p>Actividad N°1=</p> <p>- Mejorar técnica de vertere</p> <p>- Realizar verteres de fondo y velocidad de menor grupo e individual</p> <p>- Mejorar velocidad y agilidad</p> <p>- Conocer corredores de relevos y traspaso de testemomio</p> <p>- fortalecimiento muscular a través de ejercicios de fuerza con peso corporal .</p>
--

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

(Si suspendió horas debe rellenar 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)		
<i>Días suspendidos:</i>	<i>Días recuperados:</i>	<i>Horarios de recuperación</i>
-	-	-
-	-	-
-	-	-
Actividad N°2 _____ (nombre del taller y sector)		
<i>Días suspendidos:</i>	<i>Días recuperados:</i>	<i>Horarios de recuperación</i>
-	-	-
-	-	-
-	-	-
Actividad N°3: _____ (nombre del taller y sector)		
<i>Días suspendidos:</i>	<i>Días recuperados:</i>	<i>Horarios de recuperación</i>
-	-	-
-	-	-
-	-	-
Actividad N°4: _____ (nombre del taller y sector)		
<i>Días suspendidos:</i>	<i>Días recuperados:</i>	<i>Horarios de recuperación</i>
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Rocio Aracely Melgarejo Medina



FECHA EVALUACIÓN 30 SEP 2025