

INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE OCTUBRE DEL 2023
NOMBRE	NATHALIA TORO ZAVALA
RUT	
UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO	Unidad de Bienestar: Salud Mental y Gestión Social
NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCION QUE DESEMPEÑA	PROGRAMA DE REVINCULACION Y ASISTENCIA COORDINADOR TERRITORIAL

1.1. FUNCIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.

<p>Las funciones por desarrollar en virtud del presente contrato serán las siguientes:</p> <p>ACCIONES, OBJETIVOS, METAS U OTRO INDICADOR QUE SE DEBE CUMPLIR EN EL PERIODO DE DURACION TOTAL DEL CONTRATO.</p>
<p>Implementación de estrategias, iniciativas y/o acciones que promuevan la asistencia, permanencia, vinculación y revinculación, así como el mejoramiento de la asistencia de los niños, adolescentes y jóvenes con alto ausentismo o trayectoria educativas interrumpidas, de manera coordinada y apoyando a las unidades educativas.</p>

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL	
DESDE: 01/10/2023	HASTA: 31/10/23
DÍA – MES – AÑO (Primer día del mes)	DÍA – MES – AÑO (Último día del mes)

2. INFORME DE AVANCE MENSUAL

Durante el presente mes se desarrollaron las siguientes actividades:

Actividades realizadas en el presente mes para cumplir con el objetivo final del contrato, estas deben anexar evidencia que respalde este objetivo como una bitácora o planificación, diaria o semanal, sobre las actividades realizadas.

SI NO SE INCLUYEN EVIDENCIAS O PLANIFICACIÓN, SU BOLETA PUEDE SER RECHAZADA.

- Actualización de datos en registros internos.
- Mantener material de trabajo impreso y organizado de equipo de trabajo.
- Reunión interna de equipo de trabajo.
- Reunión con todo equipo de Asistencia y Revinculación.
- Coordinación con directores de establecimientos educacionales.
- Coordinación con red institucional de salud educacional, entre otros.
- Planificación de salidas a terreno.
- Planificación de reuniones con redes.
- Actualización de mapa de redes territoriales
- Visitas domiciliarias.
- Trabajo administrativo en registro en línea (drive).
- Trabajo administrativo de organización de documentos para pago de equipo.
- Reunión informativa de profesionales de apoyo administrativo departamento de educación.

3. DIFICULTADES PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS

Sin observación.

4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

Sin observación.

5. REVISION CONFORME DEL PRESENTE INFORME

OCTUBRE	NATHALIA TAHIA TORO ZAVALA
MES QUE SE INFORMA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

OCTUBRE	PAULINA CANTUARIAS
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO	FIRMA Y TIMBRE JEFATURA



6. TABLA DE CHECK LIST

INDICADOR	REVISIÓN TÉCNICA
BOLETA CON GLOSA QUE INCLUYA: AREA, CARGO, ESTABLECIMIENTO, MES Y AÑO	✓
MES CORRECTO (EN CADA HOJA DEL INFORME Y LA BOLETA)	✓
FIRMAS ORIGINALES EN BOLETA E INFORME, TANTO POR PRESTADOR COMO POR SUPERVISOR	✓
EVIDENCIAS QUE RESPALDEN EL PUNTO 2 DEL INFORME, COMO BITACORA, FOTOS, CORREOS, DOCUMENTOS, ETC.	✓
COPIA CONTRATO	✓



COMUNIDAD MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA
UNIDAD DE COORDINACION
LA SERENA