

INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

1. ANTECEDENTES

| | |
|---|---|
| FECHA | MES DE NOVIEMBRE DEL 2023 ✓ |
| NOMBRE | HUGO ELIAS ROJAS GOMEZ |
| 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 GESTOR TERRITORIAL |

1.1. FUNCIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.

| |
|---|
| <p>Las funciones por desarrollar en virtud del presente contrato serán las siguientes: 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: 13/11/2023 ✓

HASTA: 30/11/23 ✓

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.

- Realización de Visitas Domiciliarias casos del Colegio Japón.
- Coordinación con establecimiento de Victor Domingo Silva
- Reunión con duplas colegio japon.
- Reunión y retroalimentación Colegio Javiera Carrera.
- Coordinación con Cesfam para establecer fechas de atención.
- Coordinación de antecedentes estudiantes no matriculados determinado por MINEDUC.
- Reunión de equipo y planificación de estrategias de casos.
- Citaciones de apoderados asistencia grave y critica.
- Encuadre de datos entregados por los establecimientos educacionales.
- Activación de protocolo para derivación de medida de protección.

3. DIFICULTADES PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS

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

4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

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

5. REVISION CONFORME DEL PRESENTE INFORME

| | |
|--------------------|---|
| NOVIEMBRE | HUGO ELIAS ROJAS GOMEZ. |
| MES QUE SE INFORMA | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS |

| | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| NOVIEMBRE | PAULINA CANTUARIAS GONZÁLEZ |
| CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO | FIRMA Y TIMBRE JEFATURA |

6. TABLA DE CHECK LIST

| INDICADOR | REVISIÓN |
|-----------|----------|
|-----------|----------|

| | TECNICA |
|--|---------|
| 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 | ✓ |

