

**INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.**

**1. ANTECEDENTES**

FECHA	MES DE NOVIEMBRE DEL 2023 ✓
NOMBRE	LUISA ROSA ELVIRA CID ANGEL
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: 01/11/2023

DÍA – MES – AÑO  
(Primer día del mes)

HASTA: 30/11/23

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 Cefsam 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	LUISA ROSA ELVIRA CID ANGEL.
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 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	✓

