

INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE DICIEMBRE DEL 2023
NOMBRE	LUISA 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: 01/12/2023

HASTA: 31/12/23

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 contacto telefónico a estudiantes no matriculados.
- Realización de seguimiento de casos críticos y graves de los establecimientos educacionales.
- Visitas domiciliarias correspondientes a casos críticos y graves. (la antena, la pampa, vista hermosa, las compañías, villa Lambert, la florida, tierras blancas, alto peñuela, el bosque)
- Actualización de plataforma MINEDUC.
- Revisión de verificadores.
- Terreno a establecimientos educacionales, retroalimentación de casos.
- Capacitación UMC.
- Reunión de equipo 5.

3. DIFICULTADES PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS

4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

5. REVISION CONFORME DEL PRESENTE INFORME

DICIEMBRE MES QUE SE INFORMA	LUISA CID ANGEL. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

DICIEMBRE CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO	 PAULINA CANTUARIAS GONZÁLEZ 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.	✓

