



## INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

### 1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE ENERO DEL 2024
NOMBRE	XIMENA ALEJANDRA ANABALÓN RIVERA
RUT	
UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO	Departamento de Educación
NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCION QUE DESEMPEÑA	Programa Habilidades para La Vida II

#### 1.1. FUNCIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.

<b>Las funciones por desarrollar en virtud del presente contrato serán las siguientes:</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Promover el bienestar y desarrollo psicosocial en la comunidad educativa.</li><li>2. Detección de problemas psicosociales y conductas de riesgo.</li><li>3. Prevención de problemas psicosociales y conductas de riesgo.</li><li>4. Derivación, atención y seguimiento de niños con problemas de salud mental y/o psicosociales.</li><li>5. Elaboración y ejecución de talleres para padres, niños y niñas con riesgo psicosocial.</li><li>6. Desarrollo y seguimiento de la red de apoyo local al programa.</li><li>7. Evaluación y seguimiento de las acciones y los resultados.</li><li>8. Apoyo técnico</li></ol>

<b>PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL</b>	
<b>DESDE: 01 – 01 - 2024</b> DÍA – MES – AÑO	<b>HASTA: 31 – 01 - 2024</b> DÍA – MES – AÑO

## 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.**

- Reuniones semanales con encargadas técnicas y coordinadora HPV I y II: planificación de acciones semanales.
- Elaboración plan de acción anual apoyo técnico HPV II: Distribución de colegios a cargo, formatos documentos, y esquemas check list de acciones ejecutadas.
- Reuniones técnicas semanales con equipo ejecutor HPV II.
- Seguimiento de acciones programadas y ejecutadas por equipo HPV II.

## 3. DIFICULTADES PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS

No se presentan

## 4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

No se presentan

## 5. REVISION CONFORME DEL PRESENTE INFORME

ENERO	XIMENA ANABALÓN RIVERA
<b>MES QUE SE INFORMA</b>	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS</b>

ENERO	 CLAUDIA ARAYA MORALES 
<b>CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>FIRMA Y TIMBRE JEFATURA</b>

## 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	

  
 Corporación Municipal  
 Gabriel González Videla  
 La Serena