



INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE MAYO DEL 2024
NOMBRE	Iliana Daniela Gómez Gómez
RUT	
UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO	Departamento de Educación
NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCION QUE DESEMPEÑA	Programa Habilidades para la Vida Ciclo I

1.1. FUNCIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.

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.**

1. Promover el bienestar y desarrollo psicosocial en la comunidad educativa.
2. Detección de problemas psicosociales y conductas de riesgo.
3. Prevención de problemas psicosociales y conductas de riesgo.
4. Derivación, atención y seguimiento de niños con problemas de salud mental y/o psicosociales.
5. Elaboración y ejecución de talleres para padres, niños y niñas con riesgo psicosocial.
6. Desarrollo y seguimiento de la red de apoyo local al programa.
7. Evaluación y seguimiento de las acciones y los resultados.

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL

DESDE: 01-05-2024 DÍA – MES – AÑO	HASTA: 30-05-2024 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.

1. Reuniones semanales de coordinación con Coordinadora y encargada técnica Ciclo I- II.
2. Planificación de acciones a realizar semanales específicamente I Ciclo.
3. Seguimiento de acciones planificadas y ejecutadas Unidad de promoción.
4. Seguimiento de alumnos pesquisados para Unidad de derivación.
5. Revisión de antecedentes y fichas de alumnos derivados.
6. Envío de ficha de derivación a la Unidad de Salud Mental.
7. Inventario y orden de artículos de oficina.

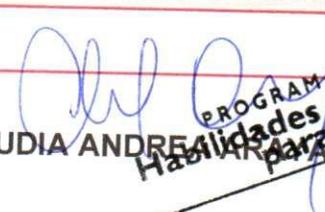
3. DIFICULTADES PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS

No se evidencia dificultades.

4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

No se evidencian Observaciones y/o Sugerencias

5. REVISION CONFORME DEL PRESENTE INFORME

MAYO	ILIANA DANIELA GÓMEZ GÓMEZ
MES QUE SE INFORMA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS
MES EN CURSO	 CLAUDIA ANDREA MORALES
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO	FIRMA Y TIMBRE JEFATURA


PROGRAMA
Habilidades para la Vida
LA SERENA
MORALES

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	✓

: