

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

**1. ANTECEDENTES**

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

**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><b>8. Apoyo técnico</b></li> </ol>

<b>PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL</b>	
<b>DESDE: 01 – 04 - 2024</b>	<b>HASTA: 30 – 04 - 2024</b>
<b>DÍA – MES – AÑO</b>	<b>DÍA – MES – AÑO</b>

## 2. INFORME DE AVANCE MENSUAL

**Durante el presente mes se desarrollaron las siguientes actividades:**

- Reuniones semanales con encargadas técnicas y coordinadora HPV I y II: planificación de acciones semanales.
- Reuniones semanales con equipo ejecutor HPV 2do ciclo: Revisión y planificación de acciones semanales.
- Inducción a nueva incorporación ejecutor Psicólogo Maximiliano flores.
- Seguimiento acciones ejecutadas Unidad de promoción.
- Seguimiento base de datos alumnos detectados para Unidad de derivación y Unidad de prevención.
- Elaboración de archivador administrativo para la organización de documentos.

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

No se presentan

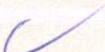
## 4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

No se presentan

## 5. REVISION CONFORME DEL PRESENTE INFORME

ABRIL	XIMENA ANABALON RIVERA
MES QUE SE INFORMA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS
ABRIL	CLAUDIA ARAYA MORALES
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO	FIRMA Y TIMBRE JEFATURA

## 6. TABLA DE CHECK LIST

INDICADOR	REVISIÓN TECNICA
<b>BOLETA CON GLOSA QUE INCLUYA: AREA, CARGO, ESTABLECIMIENTO, MES Y AÑO</b>	
<b>MES CORRECTO (EN CADA HOJA DEL INFORME Y LA BOLETA)</b>	
<b>FIRMAS ORIGINALES EN BOLETA E INFORME, TANTO POR PRESTADOR COMO POR SUPERVISOR</b>	
<b>EVIDENCIAS QUE RESPALDEN EL PUNTO 2 DEL INFORME, COMO BITACORA, FOTOS, CORREOS, DOCUMENTOS, ETC.</b>	
<b>COPIA CONTRATO</b>	