

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

**1. ANTECEDENTES**

<b>FECHA</b>	<b>MES DE JUNIO DEL 2024</b>
<b>NOMBRE</b>	XIMENA ALEJANDRA ANABALÓN RIVERA
<b>RUT</b>	
<b>UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO</b>	Departamento de educación
<b>NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA</b>	Programa Habilidades para La Vida II / Apoyo técnico (14 hrs)
<b>Nº Y PERIODO DE CONTRATO</b>	Nº 33.475 y periodo: 01/ 01/24 - 31/12/2024
<b>PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL</b>	DESDE 01/06/24 HASTA 30/06/24 (DÍA-MES-AÑO) (DÍA-MES-AÑO) (Primer día del mes) (Último día del mes)

**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 **DURACIÓN 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.
- 8. Apoyo técnico**

**2. INFORME DE AVANCE MENSUAL**

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

Las actividades realizadas durante el mes deben cumplir con las funciones establecidas en el Contrato de Prestación de Servicios, registrando en forma diaria el horario y las actividades desarrolladas. Cada actividad debe anexarlas evidencias que acrediten los servicios prestados en el mes.

**SI NO SE INCLUYEN EVIDENCIAS O PLANIFICACIÓN, SU BOLETA PUEDE SER RECHAZADA.**

DÍA	HORARIO	DETALLE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
1		Día no Hábil – (sábado)
2		Día no Hábil – (Domingo)
3	8:00 a 17:00	Trabajo de Ejecutora.
4	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
5	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
6	8:30 a 17:30	8:30 – 9:30 Apoyo técnico: Seguimiento de acciones según programación anual.
7	8:30 a 17:30	15:00 – 17:30: Reunión de Equipo HPV (apoyo técnico) Reunión en la que se revisan estados de avance, calendarización, y programaciones semanales y planificación de acciones con equipo HPV I.
8		Día no hábil. Sábado.
9		Día no hábil. Domingo.
10	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
11	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
12	8:30 a 17:30	15:00 – 17:30 Apoyo técnico, reunión con Supervisora JUNAEB. Reunión en la que se da cuenta de niveles de inserción y estado de avance según programación anual.
13	8:30 a 17:30	8:30 – 9:30: Trabajo de apoyo técnico: Seguimiento de estudiantes de Derivación.
14	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
15		Día no hábil. Sábado.
16		Día no hábil. Domingo.
17	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
18	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
19	8:30 a 17:30	8:30 – 9:30: Trabajo de apoyo técnico: Seguimiento de acciones de aplicación PSC-Y.
20	8:30 a 17:30	Día Feriado no hábil.
21	8:30 a 17:30	15:00 – 17:30: Reunión de ciclo HPV (apoyo técnico). Reunión en la que se revisan estados de avance, calendarización, y programaciones semanales y planificación de acciones con equipo HPV I.
22		Día no hábil. Sábado.
23		Día no hábil. Domingo.
24	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
25	8:30 a 17:30	8:30 – 9:30 Trabajo de apoyo técnico. Elaboración y revisión de Informe de avance HPV II (informe Word y Excel)

26	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
27	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.
28	8:30 a 17:30	15:00 – 17:30: Reunión de ciclo HPV (apoyo técnico). Reunión en la que se revisan estados de avance tras entrega de informes de avance, proyecciones para el 2do semestre.
29		Día no hábil. Sábado.
30		Día no hábil. Domingo.
31	8:30 a 17:30	Trabajo de Ejecutora.

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



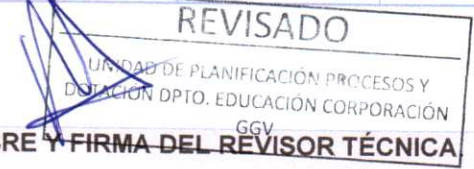
No se observan

### 4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

Presente profesional se desempeña 30 horas como ejecutora (acciones que se informe en respectivo informe de gestión), y 14 horas como Apoyo técnico, por lo que en presente documento se da cuenta de las acciones desde dicho rol.

5. TABLA DE CHECK LIST

Documento	Indicador	E.E, Encargado de Programa o Coordinadores (*)	C.M.G.G.V Revisión Técnica
<b>Boleta de Honorarios</b>	<b>Verificar los siguientes antecedentes:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Datos del receptor que estén completos y correctos, incluyendo nombres, Rut y domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fecha de emisión de la boleta de honorarios (30 de cada mes) y valores según contrato a honorarios.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Glosa incluya: Código, Área, Cargo, Establecimiento, Mes y Año.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Firma del Prestador de Servicios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Firma del Director (a) del Establecimiento Educacional o Encargado de Programa, según corresponda.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Informe de Actividades</b>	Firma del Director (a) Depto. de Educación o Director (a) Administración Central, según corresponda.		
	Mes y periodo trabajado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Servicios prestados acordes con lo establecido en el Contrato de Honorarios.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Firma del Prestador de Servicios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Firma del Director (a) del Establecimiento Educacional o Encargado de Programa, según corresponda.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Evidencias</b>	Firma del Director (a) Depto. de Educación o Director (a) Administración Central, según corresponda.		
	Adjunta respaldos como: Bitácoras, Planificación Semanal o Diaria, Fotografías (10 Mínimo), Correos, Informe Preliminares, Asistencia de Participantes u otro documento que acredite los servicios prestados.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Contrato de Honorarios</b>	Contrato de Honorarios vigente (Adjuntar contrato de honorarios en el primer estado de pago, posteriormente solo identificar el N° de contrato en el Informe de Actividades).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (a) DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL (E.E) O ENCARGADO DE PROGRAMA O COORDINADOR DEL DEPTO(\*)**  
**NOMBRE Y FIRMA DEL REVISOR TÉCNICA**

(\*) En este recuadro debe visar el Director (a) del Establecimiento Educacional (E.E) o Encargado de programa o Director (a) del Departamento del área que autoriza el servicio y es quien valida los indicadores.

**6. REVISIÓN CONFORME DEL PRESENTE INFORME**

XIMENA ANABATON RIVERA	
NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEPARTAMENTO

