

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

**1. ANTECEDENTES**

FECHA	MES DE AGOSTO DEL 2024
NOMBRE	XIMENA ALEJANDRA ANABALÓN RIVERA
RUT	
UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO	Departamento de educación
NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA	Programa Habilidades para La Vida II / Apoyo técnico (14 hrs)
N° Y PERIODO DE CONTRATO	N° 33.475 y periodo: 01/ 01/24 - 31/12/2024
PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL	DESDE 01/08/24 HASTA 31/08/24

**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	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
2	8:30 – 9:00 9:00 – 11:00 11:00 -15:00 15:00 -17:30	Trabajo rol de ejecutora. Reunión técnica HPV 2do ciclo (Apoyo técnico). Trabajo rol de ejecutora. Reunión de equipo HPV (ciclo 1 y 2) (Apoyo técnico).
3		Día no hábil. Sábado.
4		Día no hábil. Domingo.
5	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
6	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
7	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
8	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
9	8:30 – 15:00 15:00 -17:30	Trabajo rol de ejecutora. Reunión de equipo HPV (ciclo 1 y 2) (Apoyo técnico).
10		Día no hábil. Sábado.
11		Día no hábil. Domingo.
12	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
13	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
14	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
15		Día no hábil. Feriado.
16	8:30 – 15:00 15:00 -17:30	Trabajo rol de ejecutora. Reunión de equipo HPV (ciclo 1 y 2) (Apoyo técnico).
17		Día no hábil. Sábado.
18		Día no hábil. Domingo.
19	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
20	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
21	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
22	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
23	8:30 – 15:00 15:00 -17:30	Trabajo rol de ejecutora. Reunión de equipo HPV (ciclo 1 y 2) (Apoyo técnico).
24		Día no hábil. Sábado.
25		Día no hábil. Domingo.
26	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
27	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
28	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
29	8:30 – 17:30	Trabajo rol de ejecutora.
30	8:30 – 9:00 9:00 – 11:00 11:00 -15:00 15:00 -17:30	Trabajo rol de ejecutora. Reunión técnica HPV 2do ciclo (Apoyo técnico). Trabajo rol de ejecutora. Reunión de equipo HPV (ciclo 1 y 2) (Apoyo técnico).
31		Día no hábil. Sábado.

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 y detallan 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>		
	Datos del receptor que estén completos y correctos, incluyendo nombres, Rut y domicilio.	✓	✓
	Fecha de emisión de la boleta de honorarios (30 de cada mes) y valores según contrato a honorarios.	✓	✓
	Glosa incluya: Código, Área, Cargo, Establecimiento, Mes y Año.	✓	✓
	Firma del Prestador de Servicios	✓	✓
	Firma del Director (a) del Establecimiento Educacional o Encargado de Programa, según corresponda.	✓	✓
	Firma del Director (a) Depto. de Educación o Director (a) Administración Central, según corresponda.		
<b>Informe de Actividades</b>	Mes y periodo trabajado.	✓	✓
	Servicios prestados acordes con lo establecido en el Contrato de Honorarios.	✓	✓
	Firma del Prestador de Servicios	✓	✓
	Firma del Director (a) del Establecimiento Educacional o Encargado de Programa, según corresponda.	✓	✓
	Firma del Director (a) Depto. de Educación o Director (a) Administración Central, según corresponda.		
<b>Evidencias</b>	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.	✓	✓
	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).	✓	✓

*[Firma]*  
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A) DEL E.E O ENCARGADO DE PROGRAMA O COORDINADOR DEL DEPTO. DE EDUCACIÓN

*[Firma]*  
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 ANABAI ON RIVERA

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

*[Firma]*  
NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
LA SERENA