

INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE SEPTIEMBRE 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)
Nº Y PERIODO DE CONTRATO	Nº 33.475 y periodo: 01/01/24 - 31/12/2024
PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL	DESDE 01/09/24 HASTA 30/09/24

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		Día no hábil. Domingo.
2	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
3	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
4	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
5	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
6	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
7		Día no hábil. Sábado.
8		Día no hábil. Domingo.
9	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
10	8:30-17:30	8:30 -13:30: Apoyo técnico. Seguimiento, elaboración y entrega de reporte de estado de avance aplicación PSC-Y por dupla interventiva.
11	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
12	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
13	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
14		Día no hábil. Sábado.
15		Día no hábil. Domingo.
16	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
17	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
18		Día no hábil. Feriado.
19		Día no hábil. Feriado.
20		Día no Hábil. Feriado.
21		Día no hábil. Sábado.
22		Día no hábil. Domingo.
23	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
24	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
25	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
26	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
27	8:30-17:30	Trabajo rol ejecutora.
28		Día no hábil. Sábado.
29		Día no hábil. Domingo.
30	8:30-17:30	8:30 – 17:30: Apoyo Técnico. Trabajo en nuevo sistema de seguimiento y monitoreo HPV, planificación de acciones.

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
Boleta de Honorarios	Verificar los siguientes antecedentes:		
	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.		
Informe de Actividades	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.		
Evidencias	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	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).	✓	✓

Cloude Ojeda
PROGRAMA
habilidades para la vida
LA SERENA

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

REVISADO
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN PROCESOS Y DOTACIÓN DEP. EDUCACIÓN CORPORACIÓN GGV

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 ANABALON RIVERA

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS



NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEPARTAMENTO