

**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) |
| N° Y PERIODO DE CONTRATO                      | N° 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   | <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.  |  |                  |
| 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).                                 | ✓  | ✓                |

  
 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