

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

**1. ANTECEDENTES**

FECHA	MES DE _____ OCTUBRE _____ DEL 2024
NOMBRE	CECILIA MARIA VLADISLAVIC ALVAREZ
RUT	
UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO	COD E-021 LEY SEP
NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA	PLAN SEXUALIDAD, AFECTIVIDAD Y GENERO
N° DE CONTRATO	CT-59433
PERÍODO DE CONTRATO	01-03-2024 AL 31-12-2024
PERÍODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL	DESDE_ 01-10-2024_                      HASTA_ 31-10-2024_ (DÍA-MES-AÑO)                                      ( DÍA-MES-AÑO) (Primer día del mes)                                      (Último día del mes)

**1.1. FUNCIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.**

<p align="center">Las funciones por desarrollar en virtud del presente contrato serán las siguientes: <b>ACCIONES, OBJETIVOS, METAS U OTRO INDICADOR QUE SE DEBE CUMPLIR EN EL PERÍODO DE DURACIÓN TOTAL DEL CONTRATO.</b></p> <p><b>-ASESORIA EN AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD CON ENFOQUE DE GENERO</b></p> <p><b>-CONSEJERIAS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DIRIGIDOS A ESTUDIANTES SEGÚN NECESIDAD</b></p> <p><b>-REALIZACION DE MATERIAL DE APOYO</b></p> <p><b>-INSUMAR AL EQUIPO SOBRE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA</b></p> <p><b>COLABORACION CATASTRO DE ALUMNOSTRANS</b></p> <p><b>-PARTICIPACION EN ACTIVIDADES PROGRAMADAS (REUNIONES – CONVERSATORIOS, FERIAS)</b></p> <p><b>-APOYO AUDIOVISUAL</b></p> <p><b>-CAPACITAR A EQUIPO</b></p> <p><b>-APOYO EN CONSTRUCCION DE DOCUMENTOS SEXUALIDAD, AFECTIVIDAD Y GENERO</b></p>
---

**-TALLERES EDUCACION SEXUAL CON ENFOQUE DE GENERO DIRIGIDOS A ALUMNOS CCGV.**

**2. INFORME DE AVANCE MENSUAL**

Actividades realizadas en el presente mes para cumplir con el objetivo final del contrato, estas deben anexar evidencia que respalde este objetivo como una bitácora o planificación, diaria o semanal, sobre las actividades realizadas. **SI NO SE INCLUYEN EVIDENCIAS O PLANIFICACIÓN, SU BOLETA PUEDE SER RECHAZADA.**

1.-Coordinacion con equipo Plan de Sexualidad afectividad y genero sobre actividades del mes de Octubre 2024.

2.-Participacion en reunión mensual del Plan de Sexualidad Afectividad y Género.

3.- Preparación material Taller dirigidos a estudiantes del Colegio German Riesco a realizar la segunda semana de octubre del 2024

4.- Preparación material Taller dirigidos a estudiantes del Colegio Javiera Carrera

5.- Coordinaciones y preparación material a utilizar en actividades del Plan de sexualidad afectividad y género. (Encuesta ENSSEX) reunión padres y apoderados colegio Gabriel González Videla en el mes de octubre 2024

6.- Realización Taller Sexualidad afectividad y genero a alumnos de 8vo Básico del Colegio German Riesco pertenecientes a CCGV de la ciudad de La Serena

7.- Preparación material Derechos sexuales-Derechos reproductivos

8.- Preparación material ITS

9.- Preparación material PAE

10.- Preparación material Grooming

11.-Preparacion material intersexualidad

DÍA	HORARIO (DESDE- HASTA)	DETALLE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS MES DE <u>OCTUBRE</u> 2024
1	17:30-21:00 hrs.	Preparación material Derechos sexuales-Derechos reproductivos
2	17:30-21:00 hrs	Preparación material Taller dirigidos a estudiantes del Colegio German Riesco
3	17:30-21:00 hrs	Preparación material ITS
4	16:00-18:00 hrs	Coordinación actividades Plan con establecimientos educacionales
5		
6		
7	17:30-21:00 hrs	Coordinaciones y preparación material a utilizar en actividades del Plan de sexualidad afectividad y género. (Encuesta ENSSEX) mes de octubre 2024
8	17:30-21:00 hrs	Preparación material Taller dirigidos a estudiantes del Colegio German Riesco (preguntas taller)
9	17:30-21:00 hrs	Preparación material Grooming
10		
11		
12		
13		
14	17:30-19:00 hrs	Planificación de actividades Colegio German Riesco
15	17:30-21:00 hrs	Preparación material Intersexualidad
16	17:30-21:00 hrs	Coordinación actividades Plan con establecimientos educacionales
17	09:30-12:30 hrs	Realización Taller colegio German Riesco dirigidos a alumnos de 8vo básico
18		
19		
20		
21	17:30-21:00 hrs	Preparación material Taller dirigidos a estudiantes colegio José Miguel Carrera dirigidos a alumnos de 5to básico



22	17:30-21:00 hrs	Preparación material derechos sexuales reproductivos
23	17:30-21:00 hrs	Coordinación actividades Plan con establecimientos educacionales
24	17:30-21:00 hrs	Preparación de material Flujos genitales patológicos
25		
26		
27		
28	17:30-21:00 hrs	Preparación material Taller dirigidos a estudiantes colegio Javiera Carrera
29	17:30-21:00 hrs	Preparación material Intersexualidad
30	17:30-21:00 hrs	Coordinación actividades Plan con establecimientos educacionales
31		

**OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS**

**3. TABLA DE CHECK LIST**

Documento	Indicador Verificar los siguientes antecedentes:	E.E, Encargado de Programa o Coordinadores (*)	C.M.G.G.V
			Revisión Técnica
Boleta de honorarios	Datos del receptor completos y correctos, incluyendo nombres, Rut y domicilio.	✓	✓
	Fecha de emisión de la boleta de honorarios (30 de cada mes).	✓	✓
	Valor de la boleta de honorarios coincide con valor establecido en contrato	✓	✓
	Glosa incluye: Código, Área, Cargo, lugar donde prestó el servicio, Mes y Año.	✓	✓
	Firma del Prestador de Servicios	✓	✓
	Director (a) del Establecimiento Educacional o Encargado de Programa.	✓	✓
	Director (a) Depto. de Educación o Director (a) Administración Central, Director (a) Jurídico o 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.	✓	✓
	Firma Director (a) Depto. de Educación o Director (a) Administración Central, Director (a) Jurídico o según corresponda.	✓	✓
	Detalla actividades realizadas como, por ejemplo: bitácora, planificación semanal o diaria, diagrama de Gantt, entre otros.	✓	✓
Evidencias	Adjunta respaldo de acuerdo a las actividades realizadas como: fotografías, correos, informes preliminares, listado de asistencia de participantes u otro documento que acredite los servicios prestados.	✓	✓
Contrato de Honorarios	Adjunta Contrato de Honorarios vigente.	✓	✓

(Si se identifican errores en etapa de Check List, debe corregir)

Ç

 <b>SRA. VIVIANA RIVERA</b>	  <b>SRTA VALERIA MORGADO</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A) DEL E.E O ENCARGADO DE PROGRAMA O COORDINADOR DEL DEPTO (*)</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL REVISOR TÉCNICO.</b>

**4. REVISIÓN CONFORME DEL PRESENTE INFORME**

<b>SRA. CECILIA VLADISI AVILA VAREZ</b>	 <b>SRA. SANDRA CASTRO</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEPARTAMENTO</b>