

INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE NOVIEMBRE DEL 2024
NOMBRE	ILIANA DANIELA GÓMEZ GÓMEZ
RUT	
UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO	Departamento de Educación
NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA	Programa Habilidades para la Vida Ciclo I / Apoyo Técnico (14 Horas)
N° Y PERIODO DE CONTRATO	33.460 01-01-2024 / 31-12-2024
PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL	DESDE 01-11-2024 HASTA 30-11-2024

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.

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 anexar las evidencias que acrediten los servicios prestados en el mes.



CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel González Videla

La Serena

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

DÍA	HORARIO	DETALLE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
1	08:30 a 17:30	Revisión reporte de aplicación Instrumento TOCA RR-CL
2	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
3	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
4	08:30 a 17:30	Trabajo de Oficina, revisión de aplicación instrumento sistema digital
5	08:30 a 17:30	Creación de material jornada de cierre HPV I
6	08:30 a 17:30	Creación de material jornada de cierre HPV I
7	08:30 a 17:30	Creación de material jornada de cierre HPV I
8	08:30 a 17:30	Apoyo Técnico Trabajo de oficina
9	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
10	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
11	08:30 a 17:30	Trabajo de Oficina
12	08:30 a 17:30	Capacitación digitadores TOCA- RR CL
13	08:30 a 17:30	Revisión sistema digital implementa en conjunto con equipo ejecutor
14	08:30 a 17:30	Ingreso de planificaciones de acciones ejecutadas a sistema digital Implementa JUNAEB
15	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
16	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
17	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
18	08:30 a 17:30	Reunión equipo ejecutor HPV I-II
19	08:30 a 17:30	Revisión de avances informe final equipo HPV I
20	08:30 a 17:30	Revisión de avances informe final equipo HPV I
21	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
22	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
23	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
24	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
25	08:30 a 17:30	Revisión de avances informe final equipo HPV I
26	08:30 a 17:30	Revisión de avances informe final equipo HPV I
27	08:30 a 17:30	Revisión de avances informe final equipo HPV I
28	08:30 a 17:30	Reunión con encargada de Programa Infantil de Salud
29	08:30 a 17:30	Ingreso de cobertura por establecimiento sistema Implementa JUNE B

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

No se han presentado dificultades en este periodo.

4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

Sin observación, ni sugerencias.

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 vigente (Adjuntar contrato de honorarios en el primer estado de pago, posteriormente solo identificar el N° de contrato en el Informe de Actividades).	✓	✓
Contrato de Honorarios			

1. REVISIÓN CONFORME DEL PRESENTE INFORME

 <p>PROGRAMA Habilidades para la Vida LA SERENA MORALES ENCARGADO DE PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA</p>	<p>REVISADO</p> <p>UNIDAD DE PLANIFICACIÓN PROCESOS Y DOTACIÓN DEPTO. EDUCACIÓN CORPORACIÓN</p> <p>VALERIA MORGADO RIVERA GGV</p> <p>REVISOR TÉCNICO</p>
--	---

(*) 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.

<p>ILIANA DANIELA GÓMEZ GÓMEZ PRESTADOR DE SERVICIOS</p>	<p>SANDRA CASTRO CARVAJAL DIRECTORA DEPARTAMENTO EDUCACIÓN</p>
--	--

