

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

**1. ANTECEDENTES**

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

**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.
8. Apoyo técnico ciclo 1

**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.

**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 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 2   | 08:30 a 17:30 | Creación de material jornada de cierre HPV I                                                                               |
| 3   | 08:30 a 17:30 | Creación de material jornada de cierre HPV I                                                                               |
| 4   | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo de oficina<br>Reunión de equipo                                                                     |
| 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 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 8   | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 9   | 08:30 a 17:30 | Creación de material jornada de cierre HPV I                                                                               |
| 10  | 08:30 a 17:30 | Creación de material jornada de cierre HPV I                                                                               |
| 11  | 08:30 a 17:30 | Trabajo de administrativo de oficina                                                                                       |
| 12  | 08:30 a 17:30 | Creación de material jornada de cierre HPV I                                                                               |
| 13  | 08:30 a 17:30 | Creación de material jornada de cierre HPV I                                                                               |
| 14  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 15  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 16  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo de oficina                                                                                          |
| 17  | 08:30 a 17:30 | Revisión y colaboración en sesiones 1 y 2 de taller preventivo proyectadas para el periodo 2025.                           |
| 18  | 08:30 a 17:30 | Revisión y colaboración en sesiones 3 y 4 de taller preventivo proyectadas para el periodo 2025.                           |
| 19  | 08:30 a 17:30 | Revisión y colaboración en sesiones 5 y 6 de taller preventivo proyectadas para el periodo 2025.                           |
| 20  | 08:30 a 17:30 | Revisión y colaboración en sesiones 7 y 8 de taller preventivo proyectadas para el periodo 2025.<br>Reunión de quipo HPV I |
| 21  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 22  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 23  | 08:30 a 17:30 | Revisión y colaboración en sesiones 9 y 10 de taller preventivo proyectadas para el periodo 2025.                          |
| 24  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo                                                                                                     |
| 25  | 08:30 a 17:30 | Coordinación de reuniones entre ambos equipos                                                                              |
| 26  | 08:30 a 17:30 | Realización y envío de inventario de oficina.                                                                              |
| 27  | 08:30 a 17:30 | Reunión de equipo.                                                                                                         |
| 28  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 29  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA                                                                                                              |
| 30  | 08:30 a 17:30 | Entrega de boleta<br>Entrega de informe mensual                                                                            |
| 31  | 08:30 A 17:30 | FERIADO LEGAL                                                                                                              |



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

No se han presentado dificultades en este periodo.

### 4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

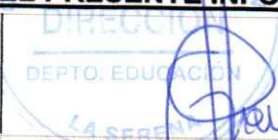
Sin observación, ni sugerencias.

### 5. TABLA DE CHECK LIST

|                        |                                                                                                                                                                                                               |                                                | C.M.G.G.V        |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| Documento              | Indicador                                                                                                                                                                                                     | E.E, Encargado de Programa o Coordinadores (*) | 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.                                                                                                          |                                                |                  |
|                        | Mes y periodo trabajado.                                                                                                                                                                                      | ✓                                              | ✓                |
| Informe de Actividades | 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.                                                                                                          |                                                |                  |
|                        | 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. | ✓                                              | ✓                |
| Evidencias             |                                                                                                                                                                                                               |                                                |                  |
| 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).                                 | ✓                                              | ✓                |

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

**6. REVISIÓN CONFORME DEL PRESENTE INFORME**

|                                                                    |                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ILIANA GOMEZ GOMEZ</b><br/><b>PRESTADOR DE SERVICIOS</b></p> | <p></p> <p><b>TAMARA TORRES ALCAYAGA</b></p> |
|                                                                    | <p><b>DIRECTORA DEPARTAMENTO EDUCACIÓN</b></p>                                                                                 |