

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

1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE ABRIL DEL 2024
NOMBRE	XIMENA ALEJANDRA ANABALÓN RIVERA
RUT	
UNIDAD O DEPARTAMENTO DE DESEMPEÑO	Departamento de Educación
NOMBRE DEL PROYECTO Y/O FUNCION QUE DESEMPEÑA	Programa Habilidades para La Vida II / Apoyo Técnico

1.1. FUNCIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.

Las funciones por desarrollar en virtud del presente contrato serán las siguientes:
<ol style="list-style-type: none"> 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

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL	
DESDE: 01 – 04 - 2024	HASTA: 30 – 04 - 2024
DÍA – MES – AÑO	DÍA – MES – AÑO

2. INFORME DE AVANCE MENSUAL

Durante el presente mes se desarrollaron las siguientes actividades:

- Reuniones semanales con encargadas técnicas y coordinadora HPV I y II: planificación de acciones semanales.
- Reuniones semanales con equipo ejecutor HPV 2do ciclo: Revisión y planificación de acciones semanales.
- Inducción a nueva incorporación ejecutor Psicólogo Maximiliano flores.
- Seguimiento acciones ejecutadas Unidad de promoción.
- Seguimiento base de datos alumnos detectados para Unidad de derivación y Unidad de prevención.
- Elaboración de archivador administrativo para la organización de documentos.

3. DIFICULTADES PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS

No se presentan





4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

No se presentan

5. REVISION CONFORME DEL PRESENTE INFORME

ABRIL	XIMENA ANABALON RIVERA
MES QUE SE INFORMA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS
ABRIL	CLAUDIA ARAYA MORALES
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO	FIRMA Y TIMBRE JEFATURA

6. TABLA DE CHECK LIST

INDICADOR	REVISIÓN TECNICA
BOLETA CON GLOSA QUE INCLUYA: AREA, CARGO, ESTABLECIMIENTO, MES Y AÑO	
MES CORRECTO (EN CADA HOJA DEL INFORME Y LA BOLETA)	
FIRMAS ORIGINALES EN BOLETA E INFORME, TANTO POR PRESTADOR COMO POR SUPERVISOR	
EVIDENCIAS QUE RESPALDEN EL PUNTO 2 DEL INFORME, COMO BITACORA, FOTOS, CORREOS, DOCUMENTOS, ETC.	
COPIA CONTRATO	