

INFORME MENSUAL DE ACCIONES DE PERSONAL A HONORARIOS.

1. ANTECEDENTES

FECHA	MES DE AGOSTO 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 19-01-2024	
PERIODO QUE CUBRE EL INFORME MENSUAL	DESDE 01-08-2024 (DÍA-MES-AÑO)	HASTA 31-08-2024 (DÍA-MES-AÑO)

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.

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

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	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
2	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico Reunión Equipo ejecutor ciclo I
3	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
4	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
5	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo- preparación de material Revisión de Material Supervisión de actividades colegios: Víctor Domingo Silva, Caleta San Pedro
6	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
7	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
8	08:30 a 17:30	Reunión con encargada regional JUNAEB
9	08:30 a 17:30	Entrega de material educativo "Reconozco mis Emociones" directiva colegio El Romero
10	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
11	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
12	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo Aplicación encuesta de satisfacción equipo de gestión Reunión de coordinación colegio Caleta san Pedro
13	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
14	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
15	08:30 a 17:30	FERIADO
16	08:30 a 17:30	Participación en Seminario "Educación Emocional" JUNAEB
17	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
18	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
19	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
20		Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
21	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico Reunión de Equipo I ciclo

		Apoyo Técnico Gestión aplicación instrumento colegio Héroes de la Concepción
24	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
25	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA
26	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
27	08:30 a 17:30	Capacitación HPV Implementa Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico
28	08:30 a 17:30	Llamado a referentes de establecimientos para coordinar aplicación TOCA- RR CL.
29	08:30 a 17:30	Llamado a referentes de establecimientos para coordinar aplicación TOCA- RR CL.
30	08:30 a 17:30	Trabajo administrativo - Preparación de material Apoyo Técnico Reunión de Equipo
31	08:30 a 17:30	FIN DE SEMANA

3. DIFICULTADES PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS

No se observan dificultades

4. OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS



La Profesional se desempeña 30 horas como ejecutora (acciones que se informe 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
	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.		
Boleta de Honorarios			
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).	✓	✓

 CLAUDIA ARRIAGA PROGRAMA Habilidades para la Vida LA SERENA	 REVISADO UNIDAD DE REGISTRO, PLANIFICACIÓN PROCESOS Y DOTACIÓN DEPTO. EDUCACIÓN CORPORACIÓN GGV
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A) DEL E.E O ENCARGADO DE PROGRAMA O COORDINADOR DEL DEPTO (*)	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

 NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	 NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEPARTAMENTO
--	--