

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

**1. ANTECEDENTES**

|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| FECHA   | MES DE SEPTIEMBRE 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 01-09-2024<br>(DÍA-MES-AÑO)                                    | HASTA 30-09-2024<br>(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.



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 | FIN DE SEMANA   |
| 2   | 08:30 a 17:30 | Apoyo Técnico<br>Trabajo de oficina   |
| 3   | 08:30 a 17:30 | Capacitación HPV Implementa   |
| 4   | 08:30 a 17:30 | Trabajo de Oficina  |
| 5   | 08:30 a 17:30 | Revisión reporte aplicación encuesta PSY-Y                                      |
| 6   | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo - Preparación de material<br>Apoyo Técnico               |
| 7   | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA   |
| 8   | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA   |
| 9   | 08:30 a 17:30 | Trabajo de Oficina  |
| 10  | 08:30 a 17:30 | Preparación carpetas encuestas TOCA-RR CL                                       |
| 11  | 08:30 a 17:30 | Trabajo de Oficina  |
| 12  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo  |
| 13  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo - Preparación de material<br>Apoyo Técnico               |
| 14  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA   |
| 15  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA   |
| 16  | 08:30 a 17:30 | Participación en Seminario "Educación Emocional" JUNAEB                         |
| 17  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo Oficina<br>Preparación de Material                       |
| 18  | 08:30 a 17:30 | FERIADO LEGAL   |
| 19  | 08:30 a 17:30 | FERIADO LEGAL   |
| 20  |               | FERIADO LEGAL   |
| 21  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA   |
| 22  | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA   |
| 23  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo - Preparación de material<br>Apoyo Técnico               |
| 24  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo - Preparación de material<br>Apoyo Técnico               |
| 25  | 08:30 a 17:30 | Trabajo administrativo - Preparación de material<br>Apoyo Técnico               |
| 26  | 08:30 a 17:30 | Apoyo Técnico<br>Asistencia Feria Vocacional                                    |
| 27  | 08:30 a 17:30 | Capacitación HPV Implementa<br>Trabajo administrativo - Preparación de material |

|    |               |  |
|----|---------------|--|
|    |               | Apoyo Técnico  |
| 28 | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA  |
| 29 | 08:30 a 17:30 | FIN DE SEMANA  |
| 30 | 08:30 a 17:30 | Apoyo técnico<br>Trabajo en el nuevo proceso de seguimiento HPV implementa |

### 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   | C.M.G.G.V                                      |                  |
|------------------------|---|--|------------------|
|                        |   | 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.  |  |                  |
| 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.  | ✓  | ✓                |
| Evidencias             | 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. | ✓  | ✓                |

**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 TORRES*  
 PROGRAMA Habilidades para la Vida LA SERENA  
 MICRALES  
**NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A) DEL E.E O ENCARGADO DE PROGRAMA O COORDINADOR DEL DEPTO (\*)**

*[Firma]*  
**REVISADO**  
 UNIDAD DE PLANIFICACIÓN PROCESOS Y DOTACIÓN DPTO. EDUCACIÓN CORPORACIÓN GGV  
**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**

