

INFORME DE GESTIÓN CONTRATO A HONORARIOS

| | | |
|--|---|------------------------------|
| NOMBRE | : Paulina Eliana Sanchez Carvajal | |
| RUT | : | |
| PERIODO QUE INFORMA: | DICIEMBRE | |
| N° DE BOLETA | : 237 | MONTO BRUTO : \$728.270.- |
| PROGRAMA DISCAPACIDAD | : PROGRAMA COMUNITARIO PARA PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD | |
| ITEM | : 215.21.04.004.001 | CENTRO DE COSTO: 04-06.70.05 |
| CARGO | : APOYO PROFESIONAL 2 | |
| FUNCIONES (según contrato): | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar el cumplimiento de los objetivos del programa. 2. Participar en las reuniones de planificación, evaluación y atención según determine la jefatura del Departamento. 3. Apoyo al seguimiento de los planes, programas o líneas de intervención en el territorio. 4. Atención y orientación permanente a las organizaciones, como también apoyo en la actualización de información relacionada a los usuarios y organizaciones vinculadas al programa. 5. Recepcionar y derivar oportunamente a las redes pertinentes. 6. Ejecutar plan de trabajo dirigidos a los usuarios, vinculados a los objetivos del programa. 7. Difundir a la comunidad información sobre las características y beneficios del programa. 8. Apoyar en la generación de agenda territorial de las diversas áreas del programa y coordinación intersectorial. 9. Apoyo en postulación a proyectos con fondos municipales y/o del Gobierno Central. 10. Participación en jornadas de capacitación que fortalezcan el desarrollo del programa e institucional. 11. Apoyo en la ejecución de las actividades y metas asociadas al programa. 12. Participar de las actividades y tareas requeridas por la Dirección de Desarrollo Comunitario. | | |
| Actividades del mes | | |
| N° | Descripción | Medio verificador |
| 1 | POSTPARENTAL EXTENDIDO | Correo y carta de solicitud |

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|--|
| FIRMA FUNCIONARIO | FIRMA JEFE DEPARTAMENTO | |
| FIRMA DIRECTOR | | |