

## INFORME DE GESTIÓN CONTRATO A HONORARIOS

<b>NOMBRE</b>	: Paulina Eliana Sanchez Carvajal ✓										
<b>RUT</b>	:										
<b>PERIODO QUE INFORMA:</b>	NOVIEMBRE ✓										
<b>N° DE BOLETA</b>	: 236 ✓	<b>MONTO BRUTO</b> : \$728.270.- ✓									
<b>PROGRAMA DISCAPACIDAD</b>	: PROGRAMA COMUNITARIO PARA PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD ✓										
<b>ITEM</b>	: 215.21.04.004.001 ✓	<b>CENTRO DE COSTO</b> : 04-06.70.05 ✓									
<b>CARGO</b>	: APOYO PROFESIONAL 2 ✓										
<b>FUNCIONES (según contrato):</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar el cumplimiento de los objetivos del programa. ✓</li> <li>2. Participar en las reuniones de planificación, evaluación y atención según determine la jefatura del Departamento. ✓</li> <li>3. Apoyo al seguimiento de los planes, programas o líneas de intervención en el territorio. ✓</li> <li>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. ✓</li> <li>5. Recepcionar y derivar oportunamente a las redes pertinentes. ✓</li> <li>6. Ejecutar plan de trabajo dirigidos a los usuarios, vinculados a los objetivos del programa. ✓</li> <li>7. Difundir a la comunidad información sobre las características y beneficios del programa. ✓</li> <li>8. Apoyar en la generación de agenda territorial de las diversas áreas del programa y coordinación intersectorial. ✓</li> <li>9. Apoyo en postulación a proyectos con fondos municipales y/o del Gobierno Central. ✓</li> <li>10. Participación en jornadas de capacitación que fortalezcan el desarrollo del programa e institucional. ✓</li> <li>11. Apoyo en la ejecución de las actividades y metas asociadas al programa. ✓</li> <li>12. Participar de las actividades y tareas requeridas por la Dirección de Desarrollo Comunitario. ✓</li> </ol>										
<b>Actividades del mes</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Descripción</th> <th>Medio verificador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>LICENCIA MEDICA POSTNATAL ✓</td> <td>comprobante licencia ✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>POSTPARENTAL EXTENDIDO ✓</td> <td>Correo y carta de solicitud ✓</td> </tr> </tbody> </table>		N°	Descripción	Medio verificador	1	LICENCIA MEDICA POSTNATAL ✓	comprobante licencia ✓	2	POSTPARENTAL EXTENDIDO ✓	Correo y carta de solicitud ✓
N°	Descripción	Medio verificador									
1	LICENCIA MEDICA POSTNATAL ✓	comprobante licencia ✓									
2	POSTPARENTAL EXTENDIDO ✓	Correo y carta de solicitud ✓									

*Paulina Sanchez Carvajal*  
FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO

JEFE DEPARTAMENTO



FIRMA DIRECTOR

