

INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS.

DICIEMBRE	2024
Mes	Año

I.- Datos.

1.- Nombre.	ANA LUISA PARRAGUEZ CUBILLOS		
2.- Rut.			
3.- N° Decreto.	Alcaldicio: 1061	Imputación: 114.05.96.052.001	Centro de Costos:
4.- Dirección a la que pertenece.	DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO - FAMILIA SYO 2024		

II.- Función según lo que indica el contrato de prestación de servicios.

• **PROFESIONAL DE APOYO FAMILIAR INTEGRAL DEL PROGRAMA FAMILIAS SEGURIDADES Y OPORTUNIDADES.**

• REALIZAR UN PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO PERSONALIZADO, APLICANDO LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y SIGUIENDO UN SISTEMA DE SESIONES PERIÓDICAS A FIN DE ELABORAR Y CUMPLIR LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA. • IDENTIFICAR LA SITUACIÓN DE BIENESTAR DE LAS FAMILIAS CONSIDERANDO LAS DIMENSIONES DE LA MATRIZ DE BIENESTAR. • FACILITAR LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN FAMILIAR DE DESARROLLO Y EL PLAN LABORAL. • REALIZAR SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS Y COMPROMISOS DE ACCIÓN DE LAS FAMILIAS, CONTENIDOS EN LOS PLANES FAMILIARES DE DESARROLLO Y PLANES LABORALES. • REALIZAR SESIONES DE TRABAJO DE TIPO FAMILIAR E INDIVIDUAL EN LOS CASOS DE APS Y ASL RESPECTIVAMENTE. • REALIZAR SEGUIMIENTO AL COBRO DE LAS TRANSFERENCIAS MONETARIAS. • EVALUAR LOS LOGROS ALCANZADOS POR LAS FAMILIAS (LINEA DE SALIDA) • GENERAR UN VINCULO DE CONFIANZA CON LA FAMILIA Y SUS INTEGRANTES. • PROMOVER UN DIALOGO PROBLEMATIZADOR EN LAS SESIONES FAMILIARES E INDIVIDUALES. • PROMOVER LA TOMA DE DECISIONES DE LA FAMILIA Y SUS INTEGRANTES. • ENTREGAR INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS SOBRE OFERTA DE PROGRAMAS, SERVICIOS SOCIALES, ORGANIZACIONES COMUNITARIAS, PRIVADOS, EN LOS CASOS DE APS Y ASL. • FAVORECER EL DESARROLLO DE CAPACIDADES, YA SE TRATE DE COMPETENCIAS, CONOCIMIENTOS, EXPERIENCIAS U OTROS RECURSOS. • INGRESAR LA INFORMACIÓN RECOGIDA EN LA INTERVENCIÓN EN LA PLATAFORMA COMPUTACIONAL SSOO PARA EL REGISTRO Y MONITOREO. • REALIZAR DERIVACIONES A LA RED PUBLICA O PRIVADA CON EL PROPOSITO DE APOYAR AL BIENESTAR DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS. • ESTABLECER COORDINACIONES CON JEFA DE UNIDAD DE INTERVENCIÓN FAMILIAR. • PARTICIPAR DE REUNIONES MENSUALES CON JEFA DE UNIDAD, CONSULTORAS, ENTRE OTROS. • PARTICIPAR DE MESAS TECNICAS CON ENCARGADO PROVINCIAL DE FOSIS. • REALIZAR POSTULACIONES VIA ONLINE A PROGRAMAS DE OFERTA PREFERENTE. • PARTICIPAR DE JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN. • EMISIÓN DE INFORMES DE DERIVACIONES INTERNAS Y EXTERNAS. • ATENCIÓN DE DEMANDA ESPONTANEA EN CENTRO COMUNITARIO MUNICIPAL... • APLICAR DIAGNÓSTICOS A FAMILIAS QUE HAN SIDO ESCOGIDAS A PARTICIPAR DEL PROGRAMA.

III.- Descripción de las funciones realizadas.

- Trabajo Administrativo (se entregan las rendiciones de movilización y teléfono, se comienza hacer informe mensual)
- Se confecciona informe social a solicitud de familia Retamal Moraga.
- Se planifican las sesiones metodológicas para el mes de diciembre.
- Sesión metodológica
- Muñoz Herrera
- Digitalización de sesiones
- Se envía correo
- Sesiones metodológicas
- Sepúlveda Hernández
- Duque mena

- Ávila Pardo
- Se envía correo
- Se envía FUD por tercera colación a solicitud de familia Rodríguez Vidal
- Ingreso de sesiones a sistema SSO
- Sesiones metodológicas
- Valenzuela Carriel
- Ortega Pereira
- Sesión metodológica
- Santos Alguerno
- Digitalización de sesiones
- Trabajo administrativo
- Sesión metodológicas
- Calderón González
- Sesiones metodológicas
- Bravo Tamayo
- Mallea Santibáñez
- Ávila Pardo
- Retamal Moraga
- Maúlen Pardo
- Ingreso de sesiones a sistema SSO
- Se realiza sesión según metodología
- Silva Labra
- González Ibarra
- Contacto inicial diagnósticos 2024
- Godoy Madariaga
- Digitalización de sesiones
- Sesiones metodológicas
- Nelchoix
- Caro Silva
- Contacto inicial diagnósticos 2024
- Godoy Madariaga
- Se completa diagnóstico realizado
- Digitalización de sesiones
- Ingreso a sistema SSO
- Sesiones metodológicas
- Aravena Cavieres
- Orellana Beltrán
- Se envía correo con casos sobre TTMM a JUIF
- Sesiones metodológicas
- Briceño Díaz
- Herrera Salgado
- Calderón González
- Ingreso de sesiones a sistema SSO
- Digitalización de sesiones
- Entrega de informe de honorarios (impresión de respaldos e informe)
- Ingreso de sesiones a sistema SSO

IV.- Cobertura: (mencionar y adjuntar documentos de respaldo).

Fecha Cobertura: 2024-12-02	Descripción Cobertura: informe social	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------



Buín, diciembre 2024

INFORME SOCIAL

La Asistente Social que suscribe, permite informar la situación socioeconómica de **Victor Alejandro Diaz Retamal** Rut: 21991907-7. Soltero, domiciliado en la comuna de Buin. Beneficiario del Programa Familias Seguras y Oportunidades, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario de la I. Municipalidad de Buin.

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: Víctor Alejandro Díaz Retamal
Cédula de identidad: 21991907-7
Fecha de Nacimiento: 01-12-2005
Edad: 19
Estado Civil: Soltero
Escolaridad: 4° medio
Previsión Social: Fonasa A

Fecha Cobertura:
2024-12-02

Descripción Cobertura:
Planificación de sesiones

Tipo Cobertura:
FOTOGRAFÍA

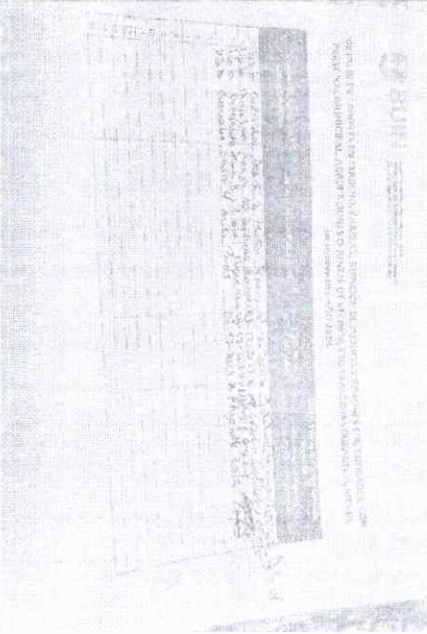
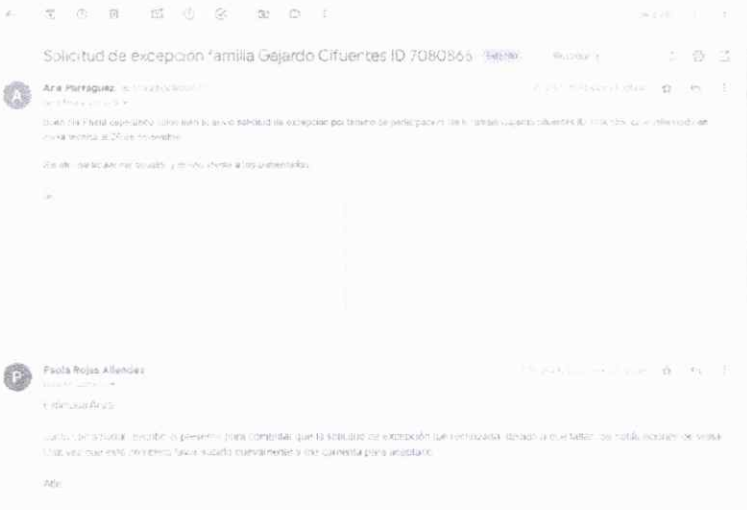
Calendario diario diciembre 2024

Lunes 02 17:00 Muñoz Hernández	Martes 03 11:00 Regulencia Hernández 13:00 Díaz Quiroz 15:00 Araya Sando	Miércoles 04 15:00 Vismayagua Carril 18:00 Ortega Pinera	Jueves 05 15:00 Barros Alvarado 16:45 Trivelpa San Martín 18:30 Escobar Alatorre 19:30 Cárdena Catalán 19:53 Muñoz Peredo	Viernes 06 Aguirre 07 20:00 Calvo Rodríguez
Lunes 09 09:30 Araya Sando 10:30 Nolasco San Martín 11:50 Trivelpa San Martín 13:30 Retamal Araya	Martes 10 10:00 Cordero de Muñoz 11:00 Silva Salas 12:00 Guzmán Ramírez 13:30 Medina Lema	Miércoles 11 10:00 Espinoza Díaz 11:00 Quiroga Tapia 12:00 Guzmán Villavicencio 15:00 Carrasquilla	Jueves 12 09:00 Araya Sando 10:00 Herrera Salgado 11:00 Díaz Genta	Viernes 13 10:00 Calvo Rodríguez
Lunes 16 10:00 Salgado 11:00 Escobar Díaz 11:50 Araya Sando 13:30 Retamal Muñoz	Martes 17 10:00 Herrera Salgado 11:00 Silva Salas 12:00 González Ramírez 13:30 Espinoza Rodríguez	Miércoles 18 10:00 Araya Sando 11:00 Cordero Rodríguez 13:30 Cordero Villavicencio	Jueves 19 10:00 Araya Sando 10:30 Muñoz Salgado 11:30 Sanhueza Figueroa	Viernes 20 10:30 Calvo Rodríguez
Lunes 23 11:30 Ortega Pinera 12:40 Vismayagua Carril	Martes 24	Miércoles 25 Feriado	Jueves 26 Comunidad Buin	Viernes 27 Comunidad Buin
Lunes 30 09:00 Salgado 11:00 Cordero Pinera 12:50 Vismayagua Carril 13:30 Espinoza Villavicencio	Martes 31			

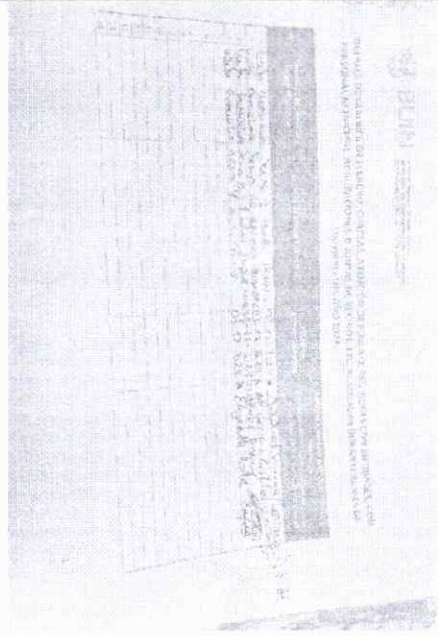
Fecha Cobertura:
2024-12-02

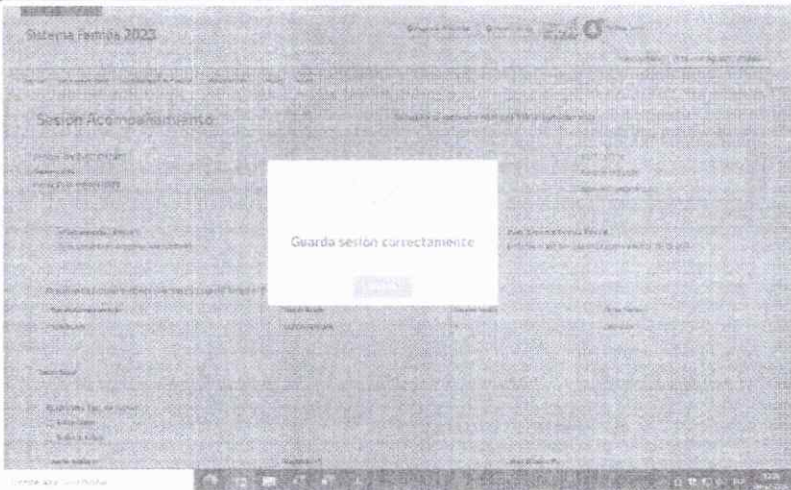
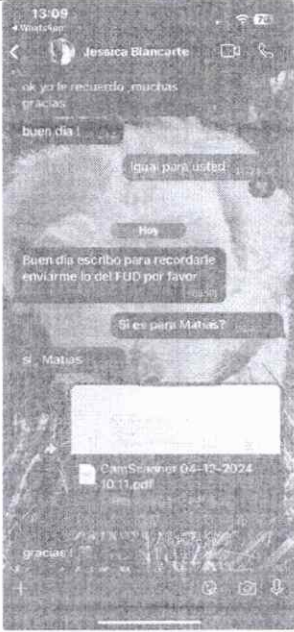
Descripción Cobertura:
Sesión metodológica

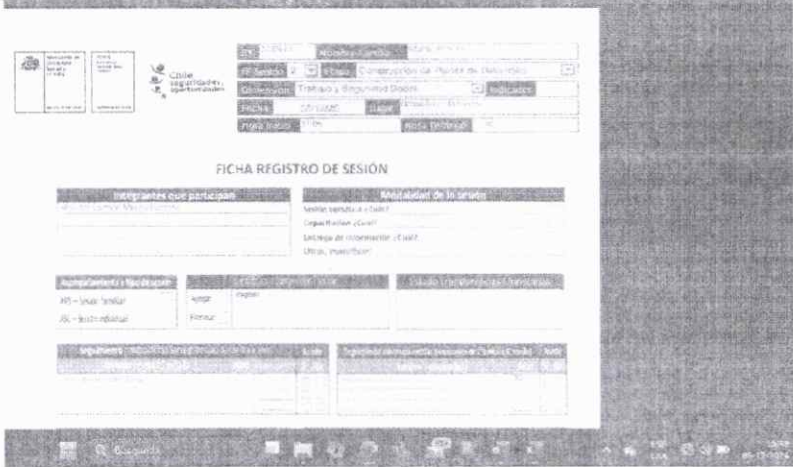
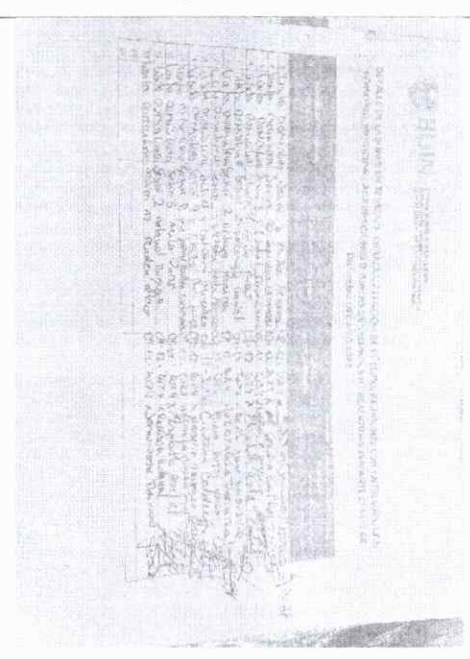
Tipo Cobertura:
FOTOGRAFÍA

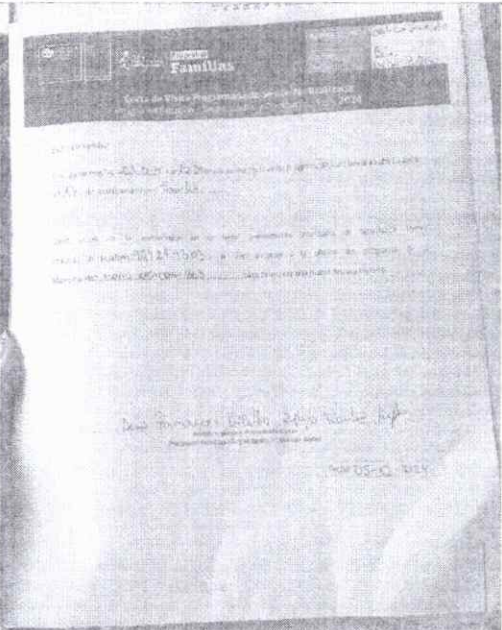
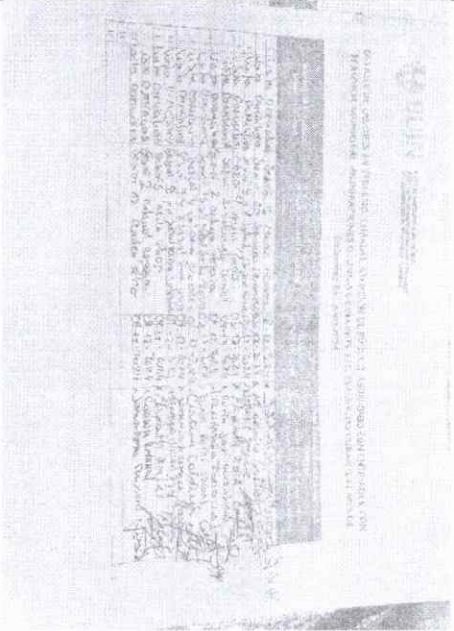
		
Fecha Cobertura: 2024-12-03	Descripción Cobertura: Envío de correo	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-03	Descripción Cobertura: digitalización de sesiones	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

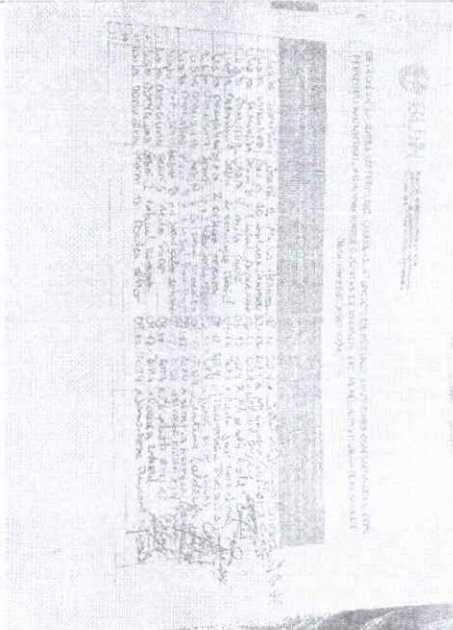
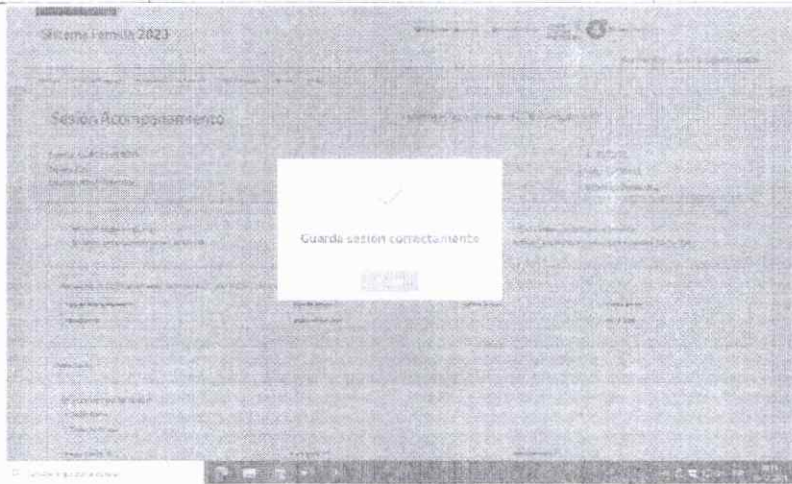
   Comunidad de Navarra Departamento de Educación Departamento de Sanidad Departamento de Justicia					
FICHA REGISTRO DE SESIÓN					
<table border="1"> <tr> <td> Identificación de la sesión Fecha: 2024-12-03 Hora: 10:00 Lugar: Sala de reuniones </td> <td> Identificación de la cobertura Nombre: [Nombre] Apellido: [Apellido] DNI: [DNI] Cargo: [Cargo] </td> </tr> </table>			Identificación de la sesión Fecha: 2024-12-03 Hora: 10:00 Lugar: Sala de reuniones	Identificación de la cobertura Nombre: [Nombre] Apellido: [Apellido] DNI: [DNI] Cargo: [Cargo]	
Identificación de la sesión Fecha: 2024-12-03 Hora: 10:00 Lugar: Sala de reuniones	Identificación de la cobertura Nombre: [Nombre] Apellido: [Apellido] DNI: [DNI] Cargo: [Cargo]				
<table border="1"> <tr> <td> Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID] </td> <td> Cobertura de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID] </td> <td> Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID] </td> </tr> </table>			Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]	Cobertura de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]	Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]
Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]	Cobertura de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]	Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]			
<table border="1"> <tr> <td> Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID] </td> <td> Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID] </td> </tr> </table>			Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]	Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]	
Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]	Identificación de la sesión AS: [Nombre] ID: [ID]				
Observaciones de la sesión [Observaciones]					

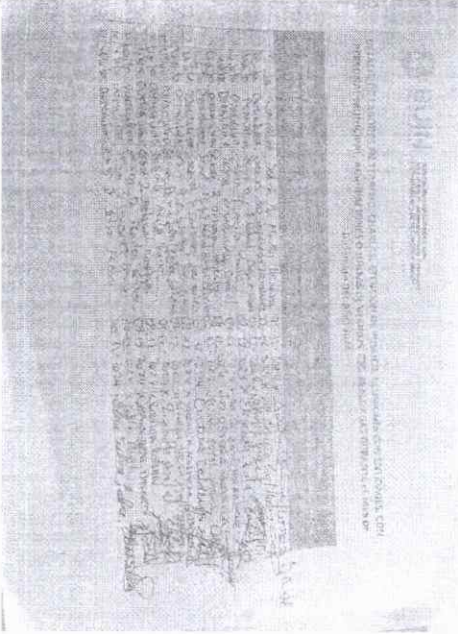
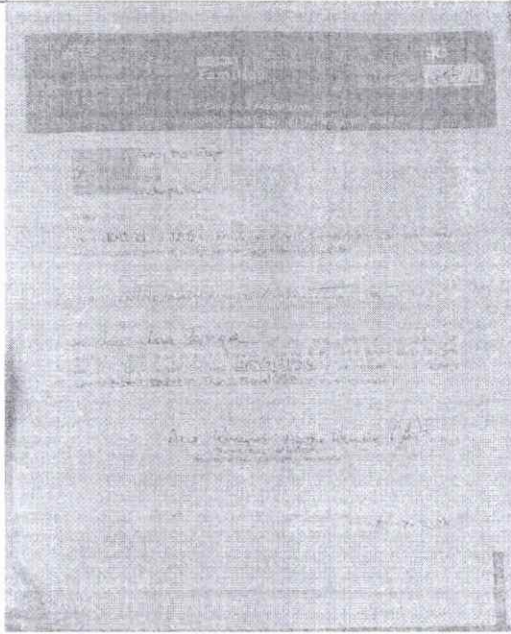
Fecha Cobertura: 2024-12-03	Descripción Cobertura: Sesión metodológica	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-04	Descripción Cobertura: Ingreso a sistema SSO	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

		
Fecha Cobertura: 2024-12-04	Descripción Cobertura: Se envía FUD a familia Rodriguez Vidal pro tercera colación	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-05	Descripción Cobertura: Digitalización de sesiones	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

		
Fecha Cobertura: 2024-12-05	Descripción Cobertura: Sesiones metodológicas	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-05	Descripción Cobertura: aviso de visita	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

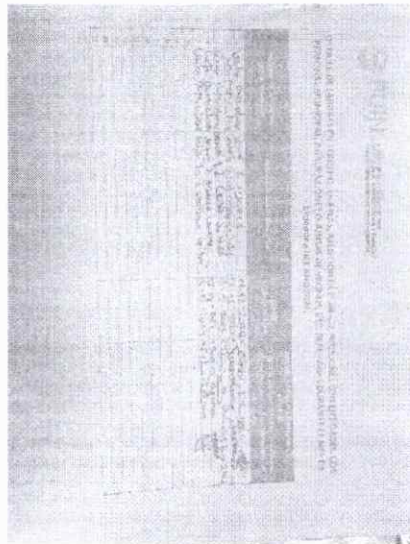
		
Fecha Cobertura: 2024-12-06	Descripción Cobertura: Sesiones metodológicas	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-09	Descripción Cobertura: Sesiones metodológicas	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

		
Fecha Cobertura: 2024-12-10	Descripción Cobertura: Ingreso a sistema SSO	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-10	Descripción Cobertura: Sesiones metodológicas	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

		
Fecha Cobertura: 2024-12-10	Descripción Cobertura: Contacto inicial diagnósticos 2024	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-10	Descripción Cobertura: Digitalización de sesiones	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

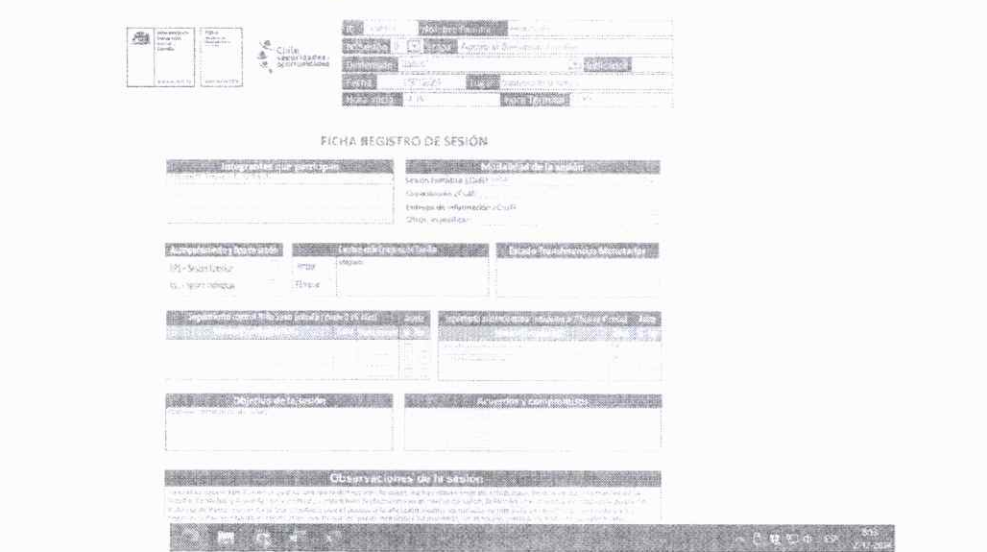
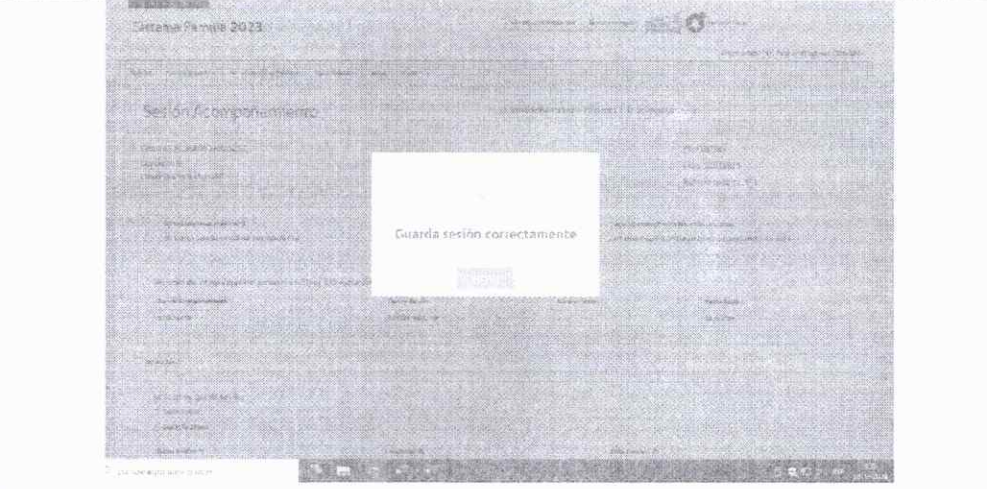
		Unidad Ejecutora: Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires Departamento: Medicina Subdepartamento: Medicina Interna Unidad de Atención: Medicina Interna Unidad de Atención: Medicina Interna	
FICHA REGISTRO DE SESIÓN			
Integrantes que participan: Nombre y Apellido: _____ Cargo: _____ Fecha: _____		Objetivo de la sesión: Sesión de trabajo con el paciente: _____ Sesión de trabajo con el grupo: _____ Sesión de trabajo con el equipo: _____ Sesión de trabajo con el paciente: _____	
Actividad de la sesión: 1. Sesión de trabajo con el paciente: _____ 2. Sesión de trabajo con el grupo: _____ 3. Sesión de trabajo con el equipo: _____ 4. Sesión de trabajo con el paciente: _____		Conclusiones de la sesión: 1. Sesión de trabajo con el paciente: _____ 2. Sesión de trabajo con el grupo: _____ 3. Sesión de trabajo con el equipo: _____ 4. Sesión de trabajo con el paciente: _____	
Objetivo de la sesión: Sesión de trabajo con el paciente: _____ Sesión de trabajo con el grupo: _____ Sesión de trabajo con el equipo: _____ Sesión de trabajo con el paciente: _____		Actividad de la sesión: 1. Sesión de trabajo con el paciente: _____ 2. Sesión de trabajo con el grupo: _____ 3. Sesión de trabajo con el equipo: _____ 4. Sesión de trabajo con el paciente: _____	
Observaciones de la sesión: La sesión se desarrolló en un ambiente de trabajo con el paciente, el grupo, el equipo y el paciente. Se realizaron actividades de trabajo con el paciente, el grupo, el equipo y el paciente. Se realizaron actividades de trabajo con el paciente, el grupo, el equipo y el paciente. Se realizaron actividades de trabajo con el paciente, el grupo, el equipo y el paciente.			

Fecha Cobertura: 2024-12-11	Descripción Cobertura: Sesiones metodológicas	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------

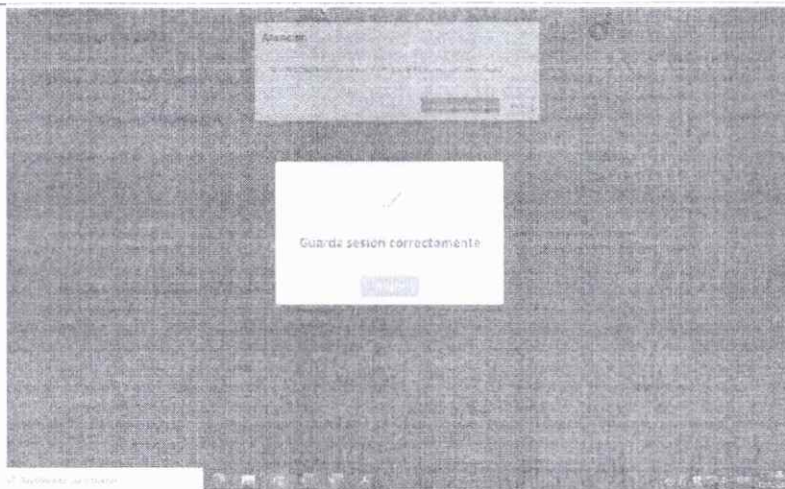


Fecha Cobertura: 2024-12-11	Descripción Cobertura: Se completa diagnósticos	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------

FAMILIAS								
Fecha de Registro de Sesión EJE								
Procedencia: Familias Seguras y Desarrolladas - 2024								
1. Antecedentes del Grupo Familiar:								
Nombre de familia: Godoy Madariaga ID Familia: 7253593 Dirección: Carlos Corón 95 Nº de teléfono 1: 942740443 Nº de teléfono 2: 946626046 Referencia: pasaje principal al andar a villa José Miguel Carrizo Comuna: Bim Región: Metropolitana Nombre Profesor/a: Ana Luisa Parraquez Cubillos								
2. Etapa Ingreso EJE:								
DIAGNOSTICADA ☒ NO DIAGNOSTICADA ☐ INUBICABLE ☐								
3. Hitos de la Etapa ingreso EJE:								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha Firma Plan de Intervención</th> <th>Fecha Diagnóstico</th> <th>Fecha de Asignación de la Familia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11-12-2024</td> <td>11-12-2024</td> <td>02-12-2024</td> </tr> </tbody> </table>			Fecha Firma Plan de Intervención	Fecha Diagnóstico	Fecha de Asignación de la Familia	11-12-2024	11-12-2024	02-12-2024
Fecha Firma Plan de Intervención	Fecha Diagnóstico	Fecha de Asignación de la Familia						
11-12-2024	11-12-2024	02-12-2024						
Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:						
2024-12-12	Sesiones metodológicas	FOTOGRAFÍA						
								
Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:						
2024-12-12	Digitalización de sesiones	FOTOGRAFÍA						

		
Fecha Cobertura: 2024-12-12	Descripción Cobertura: Ingreso a sistema SSO	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-12-12	Descripción Cobertura: Correo electrónico	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

Página 14 de 17



Fecha Cobertura:
2024-12-13

Descripción Cobertura:
digitalización de sesiones

Tipo Cobertura:
FOTOGRAFÍA

[illegible]

Fecha Cobertura:
2024-12-16

Descripción Cobertura:
Ingreso a sistema SSO

Tipo Cobertura:
FOTOGRAFÍA

Sistema FENSA 2023



Sesión Acompañamiento

Asesorado: ASU-DECO

Asesorante: [Nombre]

Fecha: [Fecha]

Horario: [Horario]

Temas: [Temas]

Objetivos: [Objetivos]

Actividades: [Actividades]

Evaluación: [Evaluación]

Observaciones: [Observaciones]

Firma: [Firma]

Fecha: [Fecha]

Asesorado: [Nombre]

Asesorante: [Nombre]

Fecha: [Fecha]

Horario: [Horario]

Temas: [Temas]

Objetivos: [Objetivos]

Actividades: [Actividades]

Evaluación: [Evaluación]

Observaciones: [Observaciones]

Firma: [Firma]

Fecha: [Fecha]



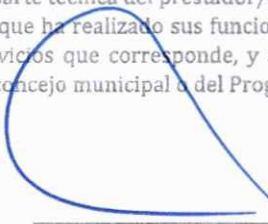
Guarda sesión correctamente

V.- Observaciones.



CERTIFICADO CONTRAPARTE TÉCNICA

Yo, **JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA, DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO**, en mi calidad de contraparte técnica del prestador/a de servicios a honorarios que emite el presente informe, certifico que ha realizado sus funciones en el presente mes, en virtud al contrato de prestación de servicios que corresponde, y a los objetivos y requerimientos de las labores aprobadas por el concejo municipal o del Programa, los cuales se desempeña.


JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA

DIRECTOR

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO


JOHANA CATALINA CELIS PINTO
COORDINADOR (A) PROGRAMA

