



## INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS.

ABRIL	2025
Mes	Año

### I.- Datos.

1.- Nombre.	YANIRA DANAE BRAVO MATURANA		
2.- Rut.			
3.- Nº Decreto.	Alcaldicio: 477	Imputación: 114.05.96.052.001	Centro de Costos:
4.- Dirección a la que pertenece.	DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO - FAMILIA SYO		

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

• **Profesional que cumple la función de Apoyo Familiar Integral, para el Programa Familias,**  
• 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.

Se realiza búsqueda de dirección correspondiente a la familia González Hernández, para extender invitación a participar en el programa. Se deja notificación de visita.  
Se sostiene encuentro con profesional Trabajadora Social del Centro Quillahua, con el propósito de establecer puntos en común y trabajar de manera conjunta en el caso de la Familia Pinto Espinoza. Realiza trabajo administrativo correspondiente a la planificación de visitas, desarrollo de material para sesiones, etc.  
Se realiza búsqueda de dirección correspondiente a la familia Martínez Matta, para extender invitación a participar en el programa. Se deja notificación de la visita.  
Se realiza entrevista para el desarrollo de la sesión de diagnóstico Familia González Hernández.  
Se realiza entrevista para el desarrollo de la sesión de diagnóstico Familia Martínez Matta.

Se realiza sesión temática con la representante de la Familia Pinto Espinoza.  
Se realiza sesión temática con la representante de la Familia Retamal Arenas.  
Trabajo administrativo.

Se realiza sesión metodológica con la familia Guevara Medel, para recoger información correspondiente a la etapa de profundización diagnóstica.  
Se realiza sesión temática con la representante de la Familia Marchant Orellana.  
Se realiza sesión metodológica con la familia Montaña Barba, para recoger información correspondiente a la etapa de profundización diagnóstica.  
Se realiza trabajo administrativo correspondiente al registro de sesiones en SSO.

Se realiza sesión de seguimiento con la representante de la Familia Nataly Valenzuela.  
Se realiza sesión de seguimiento con la representante de la Familia Molina Mosqueira.

Se realiza sesión metodológica con la familia Muñoz Alarcón, para recoger información correspondiente a la etapa de profundización diagnóstica.  
Se realiza sesión acompañamiento con la representante de la Familia Cisternas Valenzuela.

Se realiza sesión de seguimiento con la representante de la Familia Córdova Campos.  
Se realiza trabajo administrativo correspondiente a la modificación del pago de las TTMM correspondientes a la Familia Gatica San Martín.

Participación en Reunión de Equipo dirigida por la Jefa de Unidad de Intervención Familiar; Johana Celis Pinto.

Se realiza entrevista para el desarrollo de la sesión de diagnóstico Familia Castillo Sepulveda.

Realiza trabajo administrativo correspondiente a la planificación de visitas, desarrollo de material para sesiones, etc.

Se realiza trabajo administrativo correspondiente al registro de sesiones en SSO.

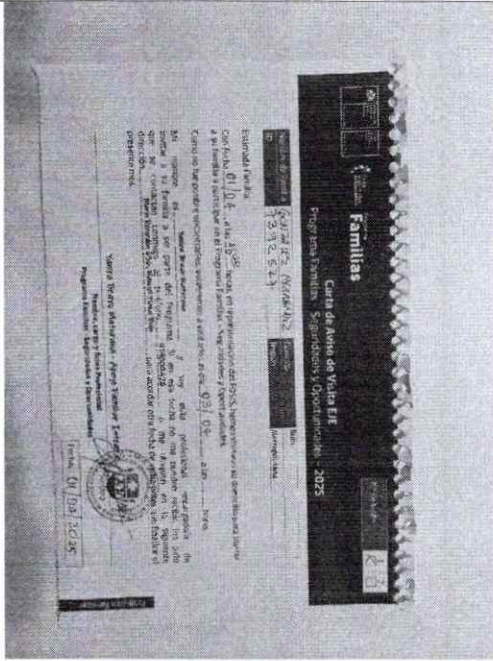
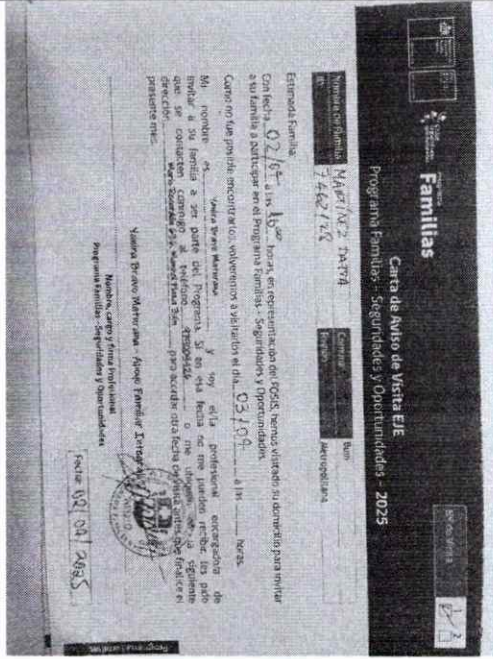
Elaboración de informe mensual.

Desarrollo de sesión domiciliaria Familia Gatica San Martín.

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

Fecha Cobertura: 2025-04-01	Descripción Cobertura: Notificación Visita	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------



		
<b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-02	<b>Descripción Cobertura:</b> Notificación Visita	<b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA
		
<b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-03	<b>Descripción Cobertura:</b> Carta de Compromiso	<b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA

<p><b>Representante de la familia</b></p> <p>Yo, <u>Nicolle Stephanie Martinez Motta</u> cedula <u>16.963.085-2</u>  en representación de mi familia, como el presente documento y me comprometo a cumplir con los acuerdos del Programa Familias - Seguridad y Oportunidades durante el tiempo en que participemos.</p> <p><b>Fondo de Solidaridad e Inversión Social</b></p> <p>El FOSIS, a través del profesional del Programa Familias - Subsistema de Seguridad y Oportunidades, en nombre del Estado de Chile y del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, suscribe el presente documento y se compromete al cumplimiento de los acuerdos suscritos con esta familia, en los plazos acordados.</p> <p><b>Integrantes de la familia</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>Nombres y apellidos</th> <th>C.U.R.</th> <th>Parentesco con jefe/a de la familia</th> <th>Presencia en sesión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Nicolle Stephanie Martinez Motta</td> <td>16.963.085-2</td> <td>Jefa de familia</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sergio Andres Gonzalez Caballero</td> <td>19.774.112-5</td> <td>Cónyuge</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Francisco Nicolás González Martínez</td> <td>25.863.294-1</td> <td>Hijo</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Diego Andres Gonzalez Martinez</td> <td>27.465.744-8</td> <td>Hijo</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Carolina Andrea Gonzalez Martinez</td> <td>24.451.886-X</td> <td>Hija</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Declaro que conozco los derechos que tenemos y los compromisos adquiridos respecto a nuestra participación en el Programa Familias - Seguridad y Oportunidades. Asimismo, dan la autorización de participar en este programa adicional al Ministerio a que comparezca más datos de contacto y el de los otros integrantes del grupo familiar, a otros servicios como públicos para ser inscriptos a participar en otros programas, beneficios para el acceso de la calidad pública que son provechosos en el acceso del trabajo de acompañamiento que se realiza en el Subsistema Seguridad y Oportunidades.</p> <p style="text-align: right;"> <u>Nicolle Martinez</u>  Representante de la familia  Nombre, firma y sello </p>	Nº	Nombres y apellidos	C.U.R.	Parentesco con jefe/a de la familia	Presencia en sesión	1	Nicolle Stephanie Martinez Motta	16.963.085-2	Jefa de familia	SI	2	Sergio Andres Gonzalez Caballero	19.774.112-5	Cónyuge	SI	3	Francisco Nicolás González Martínez	25.863.294-1	Hijo	SI	4	Diego Andres Gonzalez Martinez	27.465.744-8	Hijo	SI	5	Carolina Andrea Gonzalez Martinez	24.451.886-X	Hija	SI	6					7					8					9					10					<p style="text-align: right;">7482128</p>	<p><b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-03</p> <p><b>Descripción Cobertura:</b> Carta Compromiso</p> <p><b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA</p>
Nº	Nombres y apellidos	C.U.R.	Parentesco con jefe/a de la familia	Presencia en sesión																																																					
1	Nicolle Stephanie Martinez Motta	16.963.085-2	Jefa de familia	SI																																																					
2	Sergio Andres Gonzalez Caballero	19.774.112-5	Cónyuge	SI																																																					
3	Francisco Nicolás González Martínez	25.863.294-1	Hijo	SI																																																					
4	Diego Andres Gonzalez Martinez	27.465.744-8	Hijo	SI																																																					
5	Carolina Andrea Gonzalez Martinez	24.451.886-X	Hija	SI																																																					
6																																																									
7																																																									
8																																																									
9																																																									
10																																																									
<p><b>Representante de la familia</b></p> <p>Yo, <u>Roxana Gonzalez Hernandez</u> con cedula <u>19.064.699-8</u>  en representación de mi familia, como el presente documento y me comprometo a cumplir con los acuerdos del Programa Familias - Seguridad y Oportunidades durante el tiempo en que participemos.</p> <p><b>Fondo de Solidaridad e Inversión Social</b></p> <p>El FOSIS, a través del profesional del Programa Familias - Subsistema de Seguridad y Oportunidades, en nombre del Estado de Chile y del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, suscribe el presente documento y se compromete al cumplimiento de los acuerdos suscritos con esta familia, en los plazos acordados.</p> <p><b>Integrantes de la familia</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>Nombres y apellidos</th> <th>C.U.R.</th> <th>Parentesco con jefe/a de la familia</th> <th>Presencia en sesión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ROXANA GONZALEZ HERNANDEZ</td> <td>19064699-8</td> <td>Jefa de familia</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>RAUL AGUILERA BARRABANDES</td> <td>19064699-8</td> <td>Cónyuge</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>IVAN JESUS AGUILERA GONZALEZ</td> <td>19064699-8</td> <td>Hijo</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ADRIAN AGUILERA GONZALEZ</td> <td>19064699-8</td> <td>Hijo</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>RAUL AGUILERA GONZALEZ</td> <td>19064699-8</td> <td>Hijo</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Declaro que conozco los derechos que tenemos y los compromisos adquiridos respecto a nuestra participación en el Programa Familias - Seguridad y Oportunidades. Asimismo, dan la autorización de participar en este programa adicional al Ministerio a que comparezca más datos de contacto y el de los otros integrantes del grupo familiar, a otros servicios como públicos para ser inscriptos a participar en otros programas, beneficios y servicios sociales de la oferta pública a los tiempos previstos en el cronograma de acompañamiento que se realiza en el Subsistema Seguridad y Oportunidades.</p> <p style="text-align: right;"> <u>Roxana Gonzalez</u>  Representante de la familia  Nombre, firma y sello </p>	Nº	Nombres y apellidos	C.U.R.	Parentesco con jefe/a de la familia	Presencia en sesión	1	ROXANA GONZALEZ HERNANDEZ	19064699-8	Jefa de familia	SI	2	RAUL AGUILERA BARRABANDES	19064699-8	Cónyuge	NO	3	IVAN JESUS AGUILERA GONZALEZ	19064699-8	Hijo	SI	4	ADRIAN AGUILERA GONZALEZ	19064699-8	Hijo	NO	5	RAUL AGUILERA GONZALEZ	19064699-8	Hijo	NO	6					7					8					9					10					<p style="text-align: right;">7392347</p>	<p><b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-04</p> <p><b>Descripción Cobertura:</b> Preparación material</p> <p><b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA</p>
Nº	Nombres y apellidos	C.U.R.	Parentesco con jefe/a de la familia	Presencia en sesión																																																					
1	ROXANA GONZALEZ HERNANDEZ	19064699-8	Jefa de familia	SI																																																					
2	RAUL AGUILERA BARRABANDES	19064699-8	Cónyuge	NO																																																					
3	IVAN JESUS AGUILERA GONZALEZ	19064699-8	Hijo	SI																																																					
4	ADRIAN AGUILERA GONZALEZ	19064699-8	Hijo	NO																																																					
5	RAUL AGUILERA GONZALEZ	19064699-8	Hijo	NO																																																					
6																																																									
7																																																									
8																																																									
9																																																									
10																																																									

PSICOLOGÍA

## La explicación de una psicóloga para dejar de dar besos en los labios a los hijos

Existen motivos médicos y psicológicos para evitar dar besos a los hijos, aunque los primeros tienen más peso y base científica que los segundos

IR NOTICIA: El esperma de los hombres de más de 50 años podría causar autismo y esquizofrenia en los hijos



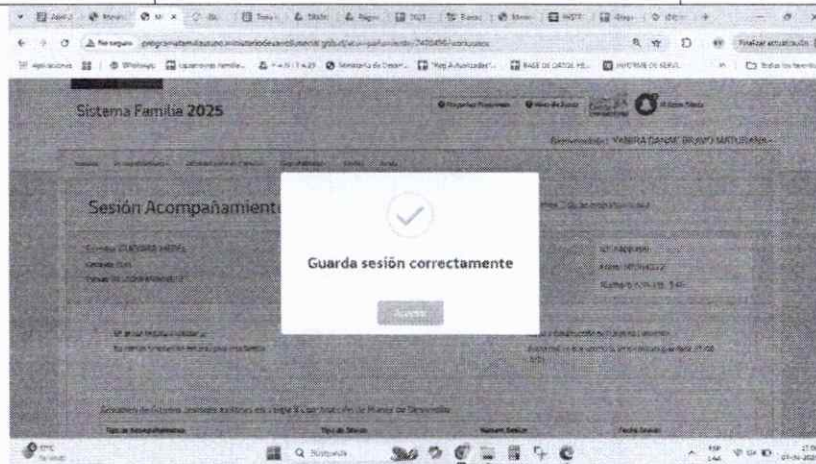
La explicación de una psicóloga para dejar de dar besos en los labios a los hijos / FREEPIX



Fecha Cobertura:  
2025-04-07

Descripción Cobertura:  
Registro de sesión SSO

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA

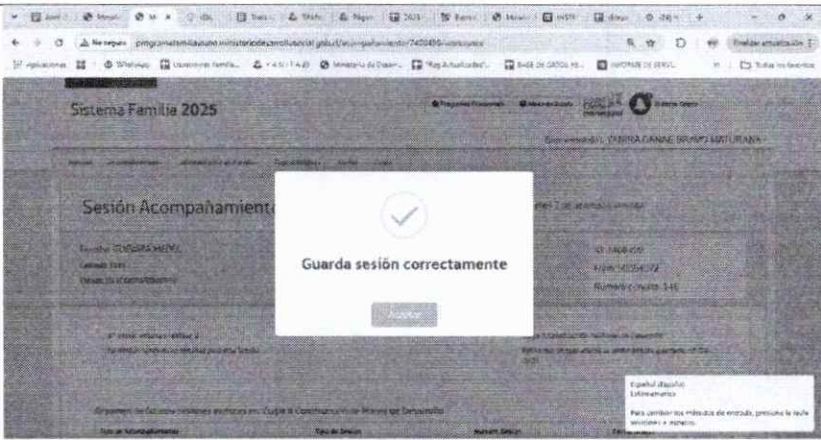
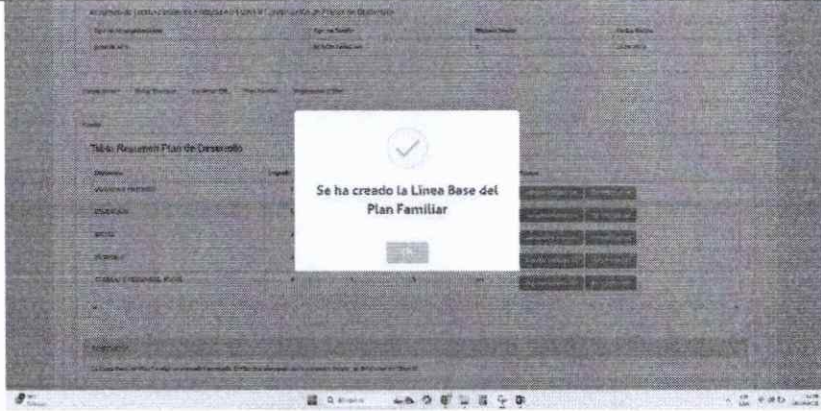
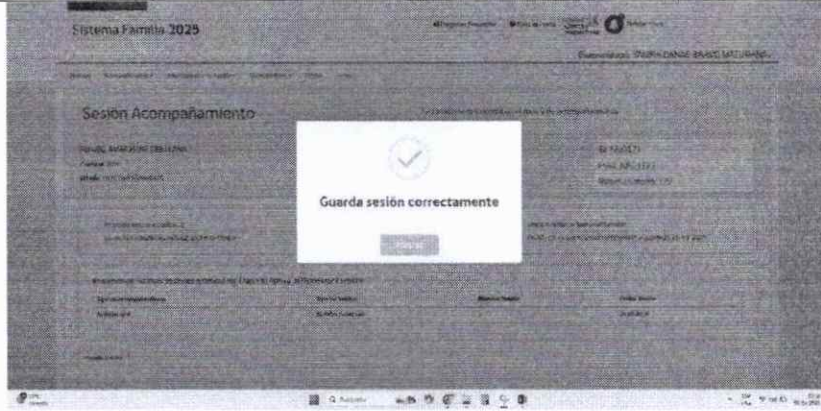


Fecha Cobertura:  
2025-04-07

Descripción Cobertura:  
Registro de sesión SSO

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA



		
Fecha Cobertura: 2025-04-08	Descripción Cobertura: Registro de sesión SSO	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2025-04-08	Descripción Cobertura: Registro de sesión SSO	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2025-04-09	Descripción Cobertura: Revisión Control Sano	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

**SEGURIDADES Y OPORTUNIDADES**  
 Sistema Intersectorial de Protección Social

Control Niño Sano MONTAÑO BARBA - ID: 7443598 (Familias)

Panel Familias

RUT	NOMBRES	EDAD	Fecha de ingreso	Fecha última acreditación	Acreditación 1	Acreditación 2	Acreditación 3	Acreditación 4
2510000-3	IVARDO MAYR MONTAÑO	7	14/04/2025		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           14/04/2025 14/04/2025         </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           14/04/2025 14/04/2025         </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           14/04/2025 14/04/2025         </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           14/04/2025 14/04/2025         </div>

Guardar

**Fecha Cobertura:**  
2025-04-10

**Descripción Cobertura:**  
Revisión Documentos

**Tipo Cobertura:**  
FOTOGRAFÍA

Ciudadano	RUT	N° Cotas	Mes último pago	Bono Protección	Bono Base Per Círculo	Bono Asistencia Escolar	Bono Logro Escolar	Bono Intervención Laboral	Bono Control niño Sano
IVARDO ELIZABETH CORDERO GONZALEZ	15175171-5	3	01-04-2025	\$ 23.594	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
MILLARER ELIZABETH DOMINGO GUTIERREZ	23103969-7	3	01-04-2025	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
IVARDO ELIZABETH DOMINGO CORDERO	25101173-3	3	01-04-2025	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
IVARDO ELIZABETH DOMINGO CORDERO	15009601-5	3	01-04-2025	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

Guardar

**Fecha Cobertura:**  
2025-04-10

**Descripción Cobertura:**  
Registro de sesión SSO

**Tipo Cobertura:**  
FOTOGRAFÍA





**Fecha Cobertura:**  
2025-04-10

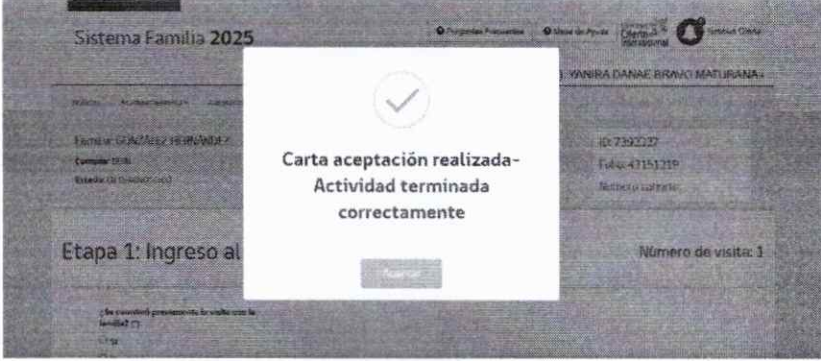
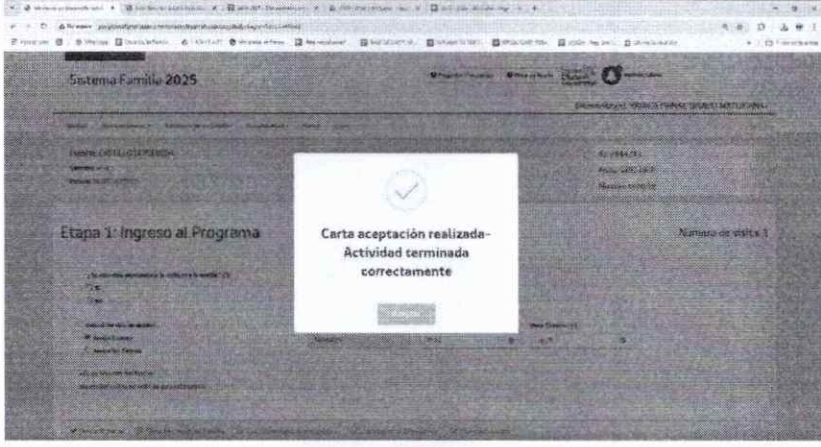
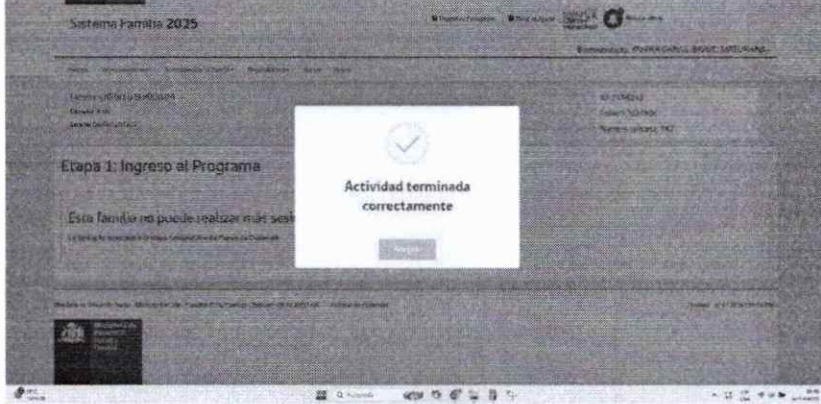
**Descripción Cobertura:**  
Registro de sesión SSO

**Tipo Cobertura:**  
FOTOGRAFÍA



		
<b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-14	<b>Descripción Cobertura:</b> Reunión de Equipo	<b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA
		
<b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-14	<b>Descripción Cobertura:</b> Registro de sesión SSO	<b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA

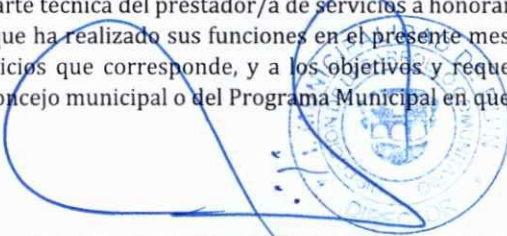



		
<b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-16	<b>Descripción Cobertura:</b> Registro de sesión SSO	<b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA
		
<b>Fecha Cobertura:</b> 2025-04-16	<b>Descripción Cobertura:</b> Registro de sesión SSO	<b>Tipo Cobertura:</b> FOTOGRAFÍA
		

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 Municipal en que se desempeña.

  
\_\_\_\_\_  
**JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA**  
**DIRECTOR**  
**DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO**  
\_\_\_\_\_  
**JOHANA CATALINA CELIS PINTO**  
**COORDINADOR (A) PROGRAMA**