

**INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS.**

JUNIO	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.**

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Cid Calderon.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia González Hernández.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Romero Álvarez.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Sepúlveda Durán.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente a la búsqueda de familia Quevedo Muñoz para el ingreso al programa (etapa eje).

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Rubio González.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Meneses Castillo.

Elaboración Informe Social para la Sra. Carolina Meneses Castillo.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Jaque León.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Espinace Espinace.

Desarrolla Postulación a Fondo para Microemprendimiento Indígena con la Familia Espinace Espinace.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente a la búsqueda de familia Sánchez Román para el ingreso al programa (etapa eje).

Realiza postulacion en Plataforma de Fosis para APL de las Familias: Vidal Abarca y Herrera Cortes Emisión Formulario Único de Derivación para la Familia Castillo Sepúlveda.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Pandorfa Gómez.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Alegria Olguea.

Desarrolla trabajo en terreno para el desarrollo de sesiones en el marco del acompañamiento de las familias. Realiza trabajo administrativo.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente a la búsqueda de familia De la Cuadra, para el ingreso al programa (etapa eje).

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Escobar Caro.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Castillo Sepúlveda.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Ahumada Castillo.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente a Entrevista de Diagnóstico para el ingreso al programa (etapa eje); Familia Moreno Coronado.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Bermudez Carabali.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Retamal Arenas.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente a la búsqueda de familia de la Cuadra Lizana, para el ingreso al programa (etapa eje).

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente a la búsqueda de familia De la Cuadra Lizana para el ingreso al programa (etapa eje). Se registra como inubicable.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Alegria Olguea.

Concluye proceso de evaluación de Apoyo Familiar.

Desarrolla trabajo en terreno correspondiente al proceso de acompañamiento de la familia Gatica San Martín.

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

Fecha Cobertura: 2025-06-02	Descripción Cobertura: Carta de renuncia	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------

Declaración Voluntaria de No Participación  
Programa Correo Siglo Veintiuno / Agosto de 2025

Yo, Margarita Rosendo Muñoz, RUC 8.496.547-2  
en representación de mi familia, declaro que decidimos voluntariamente no aceptar la invitación a participar  
en el Programa Familias del Subsistema Seguridad y Oportunidades.

Esta decisión la tomamos con plena conciencia de los **PROBLEMAS** y **TRANSFERENCIAS MONETARIAS** a las cuales estamos renunciando.

El motivo por el cual no aceptamos la participación es:

- ☐ Familia no está interesada en el Programa
- ☒ Familia señala que no necesita el Programa
- ☐ Familia indica falta de tiempo
- ☐ Otro motivo.....

MARGARITA GARCIA  
BEATRIZ GARCIA

Sin otro particular, saludos atentísimos.

*Margarita Cárdenas* *Margarita Cárdenas*  
 Representante de la familia

Fecha Cobertura:  
2025-06-04

Descripción Cobertura:  
Transparencias

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA

[illegible]

Fecha Cobertura:  
2025-06-04

Descripción Cobertura:  
Informe Social

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA

**VIII. SÍNTESIS Y OPINIÓN PROFESIONAL**

En base al trabajo que se ha desarrollado con la usuaria durante su proceso, se aprueba un alto grado de compromiso con el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida, concretando varios de los objetivos planteados en su plan de intervención.

Conforme a los antecedentes anteriormente expuestos, según evaluación realizada y teniendo en cuenta la compleja situación socioeconómica de este grupo familiar, que podría afectar la continuidad de estudios, debido a que la situación monetaria actual de este núcleo familiar se considera insuficiente para cubrir los gastos extraordinarios relacionados con la formación académica de la jefa de hogar. La profesional que suscribe, considera procedente la solicitud de acceder a beca para la gratuidad en educación superior, o en su defecto, acceso a otros beneficios estudiantiles.



Nombre Asistente Social	Yolima Bravo Maturana
Rut	14.266.565-0
Servicio e Institución	Ilustre Municipalidad de Buin
Valéfono	579009426
Correo Electrónico	ybravobuind
Fecha Elaboración Informe	04/06/2025

Fecha Cobertura:  
2025-06-06

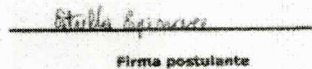
Descripción Cobertura:  
Postulación Conadi

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA

Post. de Intervención	Monto asignado a CORADI (\$)	Aporte propio (\$)	Detalle de productos Cotizados
Materiales de Obra	225.000	0	- SELLADURA AL VASO
Grupos, Estructuras de concreto, etc.	30.000	0	- PISA (GRANITE)
Acabados	20.000	0	- SELLADURA
	139.990	0	- IMPRESORA RETRANSMISORA A JALADREVAS
Materiales Pequeños varios			
TOTAL \$	526.970	0	

\*Aporte Propio como aporte al financiamiento del Proyecto según corresponda.

Fecha: 06/06/2025



Fecha Cobertura:  
2025-06-06

Descripción Cobertura:  
Postulación APL

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA

Región: METROPOLITANA, DE la Junta de 2025  
 Domicilio: VERÓNICA ECLIDIA NEIRA MONSALVE, RUT 19985488-0

Sea postulado con fecha:

#### APOYO A TU PLAN LABORAL

Una vez que termine el periodo de postulaciones, revisaremos los antecedentes de quienes postularon y realizaremos una preselección de acuerdo con criterios de priorización y la cantidad de cupos disponibles.

Podrás revisar los resultados de la preselección a partir del 26/05/2025 en nuestro sitio [www.fosis.gob.cl/posulaciones](http://www.fosis.gob.cl/posulaciones) con tu RUT.

Si tienes alguna duda sobre el proceso, puedes encontrar más información en <http://www.fosis.gob.cl> o contactarte vía telefónica con la oficina de Atención Ciudadana de la región ([800000000](tel:800000000)).

Recuerda que podrás recibir información vía WhatsApp, mensaje de texto (SMS) o correo electrónico acerca del avance de tu postulación o otros beneficios que el FOSIS te puede ofrecer.

#### Registro de tu postulación

VARIABLE	RESPUESTA
Cuidadores de personas en situación de discapacidad y/o dependencia	Entre 18 y 60 años
Diversidad sexo-género	No
Edad	40
Educación	II
Estado Actualmente	No
Nacionalidad (extranjeros)	Chilena
Nivel educativo	Educación Media Científico Humanista
Número integrantes hogar (RSH)	5
Plan, donde está orientado a la Capacitación	SI
Pueblo indígena	Mapuche
Situación de discapacidad y dependencia	No tiene ninguna condición de larga duración

Fecha Cobertura:  
2025-06-13

Descripción Cobertura:  
Carta de Compromiso

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA

Carta de Compromiso  
 Programa Familiar - Seguridad y Oportunidades - FOSIS

Información general de la familia

Nombre: JORGES  
 Domicilio: MONTE CAROLINA  
 Teléfono: 149  
 Municipio: METROPOLITANA  
 Fecha: 13.06.25

Estimada familia, el Estado de Chile te invita a participar en el Programa Familiar - Seguridad y Oportunidades, que tiene por objetivo desarrollar junto a ustedes una carta de acciones dirigidas a mejorar las condiciones que permitan mejorar la bienestar.

Con la suscripción de esta Carta de Compromiso, su familia se compromete al fortalecimiento de las capacidades y oportunidades del Sistema Intersectorial de Protección Social por un periodo aproximado de 10 meses, durante los primeros 20 meses, recibirá el acompañamiento en procesos de casos abordados por la unidad técnica familiar de referencia con las dimensiones de bienestar: educación, salud, trabajo, vivienda y bienestar. Además, se les entregará información sobre las políticas y programas de apoyo disponibles en su territorio. Los datos resultantes de esta encuesta no serán de carácter del Sistema de Seguridad y Oportunidades, lo que implica acceder de manera confidencial a servicios y prestaciones sociales.

El acompañamiento profesional se realiza en formato presencial en el domicilio familiar, salvo en situaciones excepcionales autorizadas por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia o por el Cuadrante de Gestión Social de la Unidad de Dependencia, en los casos de otros espacios de trabajo y de reunión para las familias.

A continuación, se señalan los derechos y compromisos a los cuales su familia y cada uno de sus integrantes tienen acceso y se comprometen, en el caso de aceptar la participación en el programa.

#### Derechos

1. Derecho a ser tratados con respeto y dignidad.
2. Derecho a ser informados claramente sobre el programa y conocer las condiciones que podrán acceder al término de su participación.
3. Derecho a aceptar o rechazar la invitación a participar del programa.
4. Derecho a ser informados de los resultados del proceso de acompañamiento, que como familia tienen en cada etapa del programa.
5. Derecho a aceptar, rechazar o proponer cambios al Plan de Intervención, según se define conjuntamente.

Fecha Cobertura:  
2025-06-16

Descripción Cobertura:  
Postulación Subsidio

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA



Formulario único de subsidio de discapacidad (Art. 35 Ley N° 20255 de 2008)

N° Solicitud:  
114140  
Fecha: 16-06-2025

Antecedentes del solicitante, ciudadano o registrante legal:

Nombres: **ALICIA LOBOSNA** Primer Apellido: **ALEJANDRA**  
 Segundo Apellido: **OLIVERA** RUN: **13046420-1**  
 Teléfono: **094756209** E-mail: **alicialejandra10@gmail.com**  
 Dirección: **AUGUSTO ALGOSTINADO # 643, BARRIO METROPOLITANA**

Antecedentes del beneficiario o beneficiaria:

Nombres: **AMARPO AGUIRRE** Primer Apellido: **OLIVERA**  
 Segundo Apellido: **ALEJANDRA** RUN: **13025673-0**  
 Tipo de discapacidad: **Fisica/Severidad** Certificado de discapacidad: **Certificado de discapacidad**

Declaración jurada:

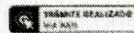
- ☒ Declaro que, el menor beneficiario de esta entidad ha tenido residencia en el país por un periodo continuo de tres años, contados desde antes, o partir de esta fecha.
- ☒ Declaro que, el beneficiario no encuentra bajo un cuidado permanente.
- La presente declaración tiene efecto de declaración jurada simple para los efectos de las procesos de verificación de requisitos de cargo del Instituto de Previsión Social, y para los efectos de las artículos 14 y siguientes de la Ley N° 12.094, sobre delitos de defraudación previsional.
- ☒ Declaro que, si el menor beneficiario fuere titular de una pensión o sueldo de una prestación familiar, la presente solicitud impone una reserva a aquella pensión o sueldo de la prestación, en su caso, en conformidad con lo dispuesto en los arts. 5° y 7° del D.L. 588 del 1975.

Indicar que el pago mensual del beneficio indicado en esta solicitud se realiza en la siguiente modalidad:

Forma de pago: **Deposito en cuentas bancarias** Banco: **Banco Estado**  
 Tipo de cuenta: **Cuenta Póliza Banco Estado** Número de cuenta: **12504900**  
 PLAN del titular: **13.587.390-1**

Formas de suscripción y responsabilidad:

Este formulario ha sido firmado personalmente por el solicitante, mediante firma electrónica simple, reconocida a través de su ClaveÚnica vigente en los sistemas del Estado.



Fecha Cobertura:  
2025-06-17

Descripción Cobertura:  
Notificación Visita

Tipo Cobertura:  
FOTOGRAFÍA

## Familias

Carta de Visita Programada de Sesión No Realizada  
Programa Familias - Seguridades y Oportunidades - 2025

Nombre de Familia: **Alfonso Aguirre** Correo: **aguirre** RUN: **13046420-1**  
 D: **13.03.114** Lugar: **Metropolitano**

Estimada Familia:

En el día de hoy, fecha **17/06/2025**, a las **09:30** horas, se realizó la visita programada, para llevar a cabo la sesión N° **01** del acompañamiento **100%**.

Dado que no se incorporaron en el lugar previamente acordado, les comunicamos para coordinar una nueva visita.

**Jannara Bravo Matamoros**  
 Nombre, cargo y Firma Profesional  
 Programa Familias - Seguridades y Oportunidades

Fecha: 17/06/2025

**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 FERNANDEZ FIGUEROA**  
**DIRECTOR**  
**DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO**



**JOHANA CATALINA CENIS PINTO**  
**COORDINADOR (A) PROGRAMA**

