

## INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS.

JUNIO	2025
<b>Mes</b>	<b>Año</b>

### I.- Datos.

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

### 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 PÚBLICA 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 TÉCNICAS CON ENCARGADO PROVINCIAL DE FOSIS. • REALIZAR POSTULACIONES VÍA 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 Alvarez.

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 postulación en Plataforma de Fosis para APL de las Familias: Vidal Abarca y Herrera CortesEmisión 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 Alegría 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 Alegría 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:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
2025-06-02	Carta de renuncia	FOTOGRAFÍA

Declaración Voluntaria de No Participación

Periodo: 01/01/2024 al 31/12/2024 - Versión: 2025

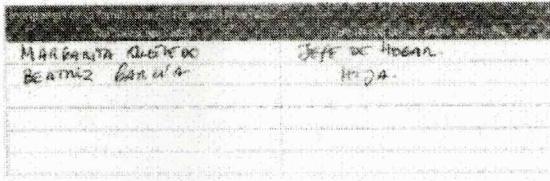
Margarita REVERO MUÑOZ RUN: 8-496.547-2

En representación de mi familia, declaro que decidimos voluntariamente no aceptar la invitación a participar en el Programa Familias del Subsistema Seguridades y Oportunidades.

Esta decisión la tomamos con pleno conocimiento de los PROGRAMAS Y TRANSFERENCIAS MONETARIAS a las cuales estamos renunciando.

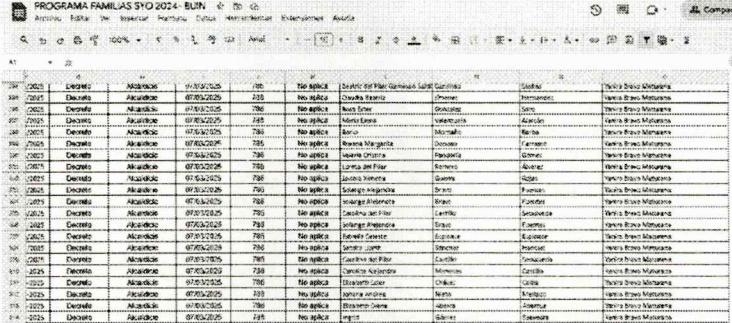
El motivo por el cual no aceptamos la participación es:

- Página no está interesada en el Programa
- Familia señala que no necesita el Programa
- Familia indica falta de tiempo
- Otro motivo: \_\_\_\_\_



Si no obro particular saldad atentamente,

Margarita Revero Muñoz  
Representante de la Familia

Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
2025-06-04	Transparencias	FOTOGRAFÍA
		
2025-06-04	Informe Social	FOTOGRAFÍA

**VIII. SÍNTESIS Y OPINIÓN PROFESIONAL**

En base al trabajo que se ha desarrollado con la postulante durante su proceso, se aprecia 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 expresados, una 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 las gastos extraordinarios relacionados con la formación académica de la jefa de hogar. La profesional que suscribe, considera procedente la solicitud de acceder a brica para la gratuidad en consumo superior; o en su defecto, acceso a otros beneficios estudiantiles.



Firma y Timbre Asistente Social

Nombre Asistente Social:	Yenny Brevi Naturana
Rut:	16.266.555-0
Servicio o Institución:	Ilustre Municipalidad de Rancagua
Teléfono:	975009426
Correo Electrónico:	yticasell@rancagua.cl
Término elaboración informe:	04/06/2025

Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
2025-06-06	Postulación Conadi	FOTOGRAFÍA

Artículo de Materiales	Monto estimado (S/.)	Aporte propio (S.)	Detalle de proveedor o Colaborador
Material de Oficina	225.000	0	- SELLADORA AL VACÍO
Material de Oficina	30.000	0	- ROSA (GRANAJE)
Material de Oficina	20.400	0	- SELLADORA
Material de Oficina	132.980	0	- IMPRESORA, XEROX 3325, AUTOADHESIVAS.
<b>Total:</b>	<b>526.470</b>	<b>0</b>	

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

Fecha: 06 / 06 / 2025



Firma postulante

Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
2025-06-06	Postulación APL	FOTOGRAFÍA

Región: METROPOLITANA , 36 de Junio de 2025

www.oxfordjournals.org/oxfordjournals.jam

ABOVE & THE BAN / ARONOW

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.

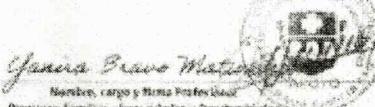
Podrás revisar los resultados de la presentación a partir del 26/05/2025 en nuestro sitio web [www.mujerespoliticamente.org](http://www.mujerespoliticamente.org) mediante tu RUT.

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

Resuenda que podrías recibir información vía WhatsApp, mensaje de texto (SMS) o correo electrónico sobre el avance de la población o otros beneficios que el FOSIS se puede ofrecer.

Registro de tu navegación

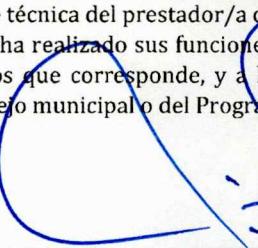
VARIABLE	RESPUESTA
Cantidad de personas en situación de discapacidad y/o dependencia	Entre 18 y 65 años
Orientación sexo-género	Varón
Edad	30
Experiencia	10
Estudios Actualmente	Primaria
Nacionalidad (migrante)	Otros
Nivel educacional	Educación Media Ciclo de Bachillerato
Número integrantes hogar (RSH)	6
Plan laboral este orientado a la Carrera/Profesión	Sí
Pueblos indígenas	Mazapache
Situación de discapacidad y dependencia	No tiene ninguna condición de larga duración

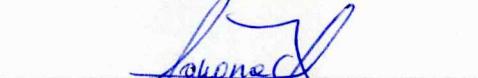
 <b>IPS</b> <small>Oficina de Previsión Social</small> <b>Instituto de Previsión Social</b>	<b>Formulario único de subsidio de discapacidad (Art. 35 Ley N° 20255 de 2008)</b> <b>Nº Solicitud:</b> <b>114140</b> <b>Fecha:</b> 16-06-2025																	
<b>Antecedentes del sujeto, ciudadado o representante legal:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nombre:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">ALICIA LIDERA</td> <td style="width: 30%;">Primer Apellido:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">ALEJANDRA</td> </tr> <tr> <td>Segundo Apellido:</td> <td style="text-align: center;">CUEVA</td> <td>R.U.I.:</td> <td style="text-align: center;">13556500-1</td> </tr> <tr> <td>Teléfono:</td> <td style="text-align: center;">3047162028</td> <td>E-mail:</td> <td style="text-align: center;">aliciacuevam210@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">AGUSTIN ALFONSINO 940, BUR. METROPOLITANA</td> </tr> </table>			Nombre:	ALICIA LIDERA	Primer Apellido:	ALEJANDRA	Segundo Apellido:	CUEVA	R.U.I.:	13556500-1	Teléfono:	3047162028	E-mail:	aliciacuevam210@gmail.com	Dirección:	AGUSTIN ALFONSINO 940, BUR. METROPOLITANA		
Nombre:	ALICIA LIDERA	Primer Apellido:	ALEJANDRA															
Segundo Apellido:	CUEVA	R.U.I.:	13556500-1															
Teléfono:	3047162028	E-mail:	aliciacuevam210@gmail.com															
Dirección:	AGUSTIN ALFONSINO 940, BUR. METROPOLITANA																	
<b>Antecedentes del beneficiario o beneficiaria:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nombre:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">PAMELA AGUSTÍN</td> <td style="width: 30%;">Primer Apellido:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">GONZALEZ</td> </tr> <tr> <td>Segundo Apellido:</td> <td style="text-align: center;">ALEJANDRA</td> <td>R.U.I.:</td> <td style="text-align: center;">13556500-0</td> </tr> <tr> <td>Tipo de discapacidad:</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Fisical/Generalizada</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Certificado de discapacidad</td> </tr> </table>			Nombre:	PAMELA AGUSTÍN	Primer Apellido:	GONZALEZ	Segundo Apellido:	ALEJANDRA	R.U.I.:	13556500-0	Tipo de discapacidad:	Fisical/Generalizada				Certificado de discapacidad		
Nombre:	PAMELA AGUSTÍN	Primer Apellido:	GONZALEZ															
Segundo Apellido:	ALEJANDRA	R.U.I.:	13556500-0															
Tipo de discapacidad:	Fisical/Generalizada																	
	Certificado de discapacidad																	
<b>Declaración jurada:</b> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro que, el menor beneficiario de esta solicitud ha habido residencia en el país por un período mínimo de tres años, contados hasta antes, a partir de esta fecha.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro que, el beneficiario se encuentra bajo mi cuidado permanente.</p> <p>La presente declaración tiene el fin de declarar la validez simple para los efectos de los procedimientos de verificación de requisitos de cargo, del Instituto de Previsión Social, y para los efectos de las artícu-los 12 y siguientes de la Ley N° 12.004, sobre demás de derechos que posezcas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro que, el menor beneficiario tiene titular de una pensión o sueldo de una pensión familiar, la presente solicitud impone una renuncia a aquella pensión en la extensión de la prestación, en su caso, en conformidad con lo dispuesto en los arts. 17 y 18 del D.L. 888 de 1975.</p> <p>Notifico que el pago mensual del beneficio indicado en cada inferior se realiza en la siguiente modalidad:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Forma de pago:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Depósito en cuenta bancaria</td> <td style="width: 30%;">Banco:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Banco Estado</td> </tr> <tr> <td>Tipo de cuenta:</td> <td style="text-align: center;">Cuenta Fijo Busto Estado</td> <td>Número de cuenta:</td> <td style="text-align: center;">13556500</td> </tr> <tr> <td>PSN del Busto:</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">13.885.385-1</td> </tr> </table>			Forma de pago:	Depósito en cuenta bancaria	Banco:	Banco Estado	Tipo de cuenta:	Cuenta Fijo Busto Estado	Número de cuenta:	13556500	PSN del Busto:	13.885.385-1						
Forma de pago:	Depósito en cuenta bancaria	Banco:	Banco Estado															
Tipo de cuenta:	Cuenta Fijo Busto Estado	Número de cuenta:	13556500															
PSN del Busto:	13.885.385-1																	
<b>Formas de suscripción y responsabilidad:</b> <small>Este formulario ha sido firmado personalmente por el beneficiario, mediante firma electrónica simple, reconociéndose a través de su Código Óptico vigente en los sistemas del Estado.</small> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; border-radius: 10px;">VERIFICAR REALIZADO VIA XPS</span> </div>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Fecha Cobertura:</td> <td style="width: 40%;">Descripción Cobertura:</td> <td style="width: 30%;">Tipo Cobertura:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2025-06-17</td> <td style="text-align: center;">Notificación Visita</td> <td style="text-align: center;">FOTOGRAFÍA</td> </tr> </table>			Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:	2025-06-17	Notificación Visita	FOTOGRAFÍA										
Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:																
2025-06-17	Notificación Visita	FOTOGRAFÍA																
 <b>Familias</b> <b>Carta de Visita Programada de Sesión No Realizada</b> <b>Programa Familias - Seguridades y Oportunidades - 2025</b>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nombre de Familia:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Apellidos: A. M. A.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Código:</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">B. R. S.:</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td style="text-align: center;">123-456-789</td> <td style="text-align: center;">123456789</td> <td style="text-align: center;">Metropolitana</td> <td></td> </tr> </table> <p>Estimada Familia:</p> <p>En el día de hoy, fecha: 17/06/2025, a las 10:00 horas, se realizó la visita programada, para llevar a cabo la sesión N° 12, del acompañamiento 123456789.</p> <p>Dada que no se presentaron en el lugar previamente acordado, les damos la oportunidad para coordinar una nueva visita.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p style="margin-top: 5px;">Nombre, cargo y firma Oficial</p> <p style="margin-top: 5px;">Programa Familias - Seguridades y Oportunidades</p> <p style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 2px 10px; border-radius: 10px;">FEC-17/06/2025</p> </div>			Nombre de Familia:	Apellidos: A. M. A.	Código:	B. R. S.:		10	123-456-789	123456789	Metropolitana							
Nombre de Familia:	Apellidos: A. M. A.	Código:	B. R. S.:															
10	123-456-789	123456789	Metropolitana															

**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

