
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN MENSUAL	Versión: 04
	Ilustre Municipalidad de Molina	Fecha Versión: 12.08.16 (USO INTERNO)

1. Antecedentes Laborales.

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO	Carla Joselin Rojas Sepúlveda
PERSONA CON QUIEN COORDINA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO	Luzmira Albornoz Jiménez
DIRECCIÓN/UNIDAD/DEPARTAMENTO	DIDECO
MES INFORMADO	Noviembre 2025
Nº DE DECRETO CONTRATO	Nº3.961
FECHA DE DECRETO	30 Junio 2025
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	30 Junio 2025
FECHA DE TERMINO DEL CONTRATO	31 de diciembre 2025
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios (Honorarios)
ÍTEM PRESUPUESTARIO	21-04-004 Acompañamiento Psicosocial

2. Objeto del Contrato (Funciones)

- Implementar la modalidad del programa Acompañamiento Familiar Integral y programa eje diagnóstico”, integradas de manera personalizada, en el domicilio, los barrios y localidades, en la comuna de Molina, donde habitan familias propiciando la participación equitativa de hombres y mujeres en las sesiones individuales, familiares, grupales y socio comunitarias, de conformidad a lo señalado por el reglamento de la ley 20.955, sobre el subsistema de protección y promoción social seguridades y oportunidades, vigente.
- El Apoyo Familiar Integral, debe convocar desde el inicio de la intervención la participación de la mayor cantidad de familiares posibles, en el marco de su principio de intervención familiar y no individual.
- Las tareas deben desarrollarse procurando adaptarse a los horarios disponibles de las familias, en el marco de su principio de intervención familiar y no individual.
- Las tareas deben ser desarrolladas procurando adaptarse a los horarios en la Metodología; contando con un horario flexible, lo que podrá implicar la realización de sesiones los días sábados en el caso que alguna familia solo tenga dicha disponibilidad.
- Seguir las orientaciones conceptuales, metodológicas y operativas puestas a disposición por el FOSIS.
- Realizar el registro de la información emanada de la intervención en las carpetas y en el /los sistemas de registro provistos por el Ministerio.
- Asistir y participar en capacitaciones relacionadas con la ejecución del programa, ya sean estas convocadas por Fosis, por el MDSF o por otros actores relacionados, previo acuerdo entre FOSIS y ejecutor
- Se obliga a rendir cuenta de su gestión a la jefa de Departamento de Programas o a quien la subrogue, a través de un informe mensual que se adjuntara a la boleta de honorarios.
- Para dar curso al pago del mes y los sucesivos, deberá acompañarse al informe de gestión municipal, con el detalle de los servicios realizados durante el mes de acuerdo con el siguiente detalle:


	FORMATO INFORME DE GESTIÓN MENSUAL	Versión: 04
	Ilustre Municipalidad de Molina	Fecha Versión: 12.08.16 (USO INTERNO)

- **Sección de intervención con familias:** en el cual deberá detallar los servicios realizados durante el mes, indicando el siguiente detalle; sesiones realizadas, nombre de familia, ID, domicilio, fecha de sesión, hora de sesión, nombre de sesión. También deberá informar contactos fallidos o sesiones que fueron planificadas y no realizadas, señalando la causal.
- **Sección reuniones de coordinación:** deberá informar la participación en reuniones de coordinación indicando al menos el siguiente detalle:
Nombre de reunión, entidad convocante, fecha de reunión, gestiones realizadas, acuerdos.
Otras tareas relacionadas a la intervención e implementación del programa.
El/la AFI tendrá la obligación de cumplir las acciones establecidas en el anexo N°3 del presente convenio: “protocolo de acción de sospecha de violencia contra mujeres. Fondo de solidaridad e inversión social. Con especial énfasis en lo establecido dicho instrumento referente al procedimiento de notificación de la detección de un caso de violencia contra las mujeres, durante la ejecución del acompañamiento integral.

3. Resultados y productos de la gestión mensual.

Para la implementación del programa de acompañamiento familiar integral, se realizaron las sesiones de acuerdo a las etapas de la ruta metodológica, por cuanto en el mes de Noviembre se realizaron las siguientes sesiones.

- 04 Sesiones correspondientes a la Etapa I Diagnóstico
- 11 Sesiones correspondientes a la Etapa II Construcción de Planes de Desarrollo.
- 54 Sesiones correspondientes a la Etapa III Apoyo al Bienestar Familiar.
- 06 Sesiones correspondientes a la Etapa IV Cierre del Acompañamiento
- Reunión de Equipo Semanal; todos los martes del presente mes en dependencias del programa, en jornada de mañana, en donde el objetivo principal es monitorear y retroalimentar la intervención que se realiza con las familias beneficiarias del programa.
- Planificación de sesiones mes de Noviembre
- Realización de sesiones APS, ASL y Profundización Diagnóstica.
- Mesa Técnica; Christopher Díaz Quiroz (Apoyo Provincial Programa Familias SSYOO)
- Actualización planilla de familias por cobertura 2023-2024-2025.
- Realización de Diagnósticos Eje Noviembre 2025
- Planilla diagnóstico digitales 2025

	FORMATO INFORME DE GESTIÓN MENSUAL	Versión: 04
	Ilustre Municipalidad de Molina	Fecha Versión: 12.08.16 (USO INTERNO)

- Realización de Carpetas Digitales
- Capacitación “Regularización de Título de Dominio” con el Ministerio de Bienes Nacionales.
- Reunión Reforzamiento “Talleres Grupales” con Isabel Salinas.
- Capacitación “Aspectos Legales en Materia de Familia” con la Corporación de Asistencia Judicial.
- Reunión con DIDECO, Preparación de Establecimientos Educativos “elecciones presidenciales 2025”.
- Capacitación Municipal online “Cero Papel”
- Capacitación Teatro Municipal “Orientaciones Generales de Ortografía y Redacción”
- Corrida OLN “colorea tus derechos” Plaza Gabriela Mistral.
- Apoyo actividad Teletón 2025.



**FORMATO INFORME DE
GESTIÓN MENSUAL**

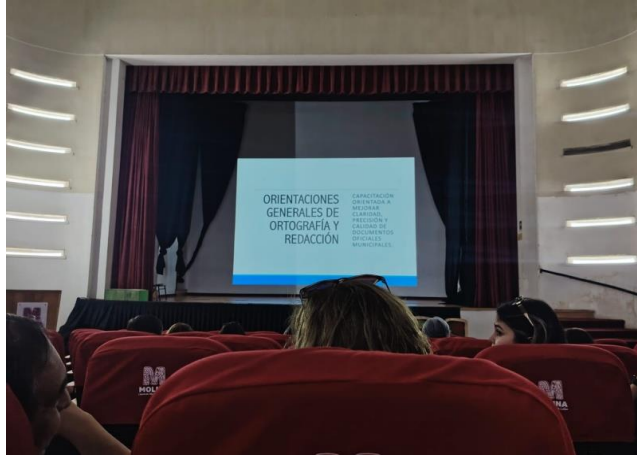
Versión: 04

Ilustre Municipalidad de Molina

**Fecha Versión: 12.08.16
(USO INTERNO)**



	FORMATO INFORME DE GESTIÓN MENSUAL	Versión: 04
	Ilustre Municipalidad de Molina	Fecha Versión: 12.08.16 (USO INTERNO)



DATOS PARA TRANSFERENCIA	
Banco	Banco Estado
Tipo de Cuenta (Cuenta Corriente, Cuenta vista, Cuenta RUT, Chequera Electrónica)	[REDACTED]
Nº de Cuenta	
RUT	
Correo Electrónico	

FIRMA PRESTADOR	FIRMA DIRECTORA	FIRMA ADMINISTRADOR MUNICIPAL (SI PROCEDE)
		