

MARIA JOSE IBARRA POZO

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA

N ° 170

RUT:

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONAL ES N.C.P.,

Fecha: 20 de Julio de 2026

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE DONIHUE
Domicilio: AVENIDA ESTACION 334, DONIHUE, DONIHUE

Rut: 69.080.600- 2

Por atención profesional:

APOYO FAMILIAR, JULIO 2026	611.600
Total Honorarios: \$:	611.600
15.25 % Impto. Retenido:	93.269
Total:	518.331

Fecha / Hora Emisión: 20/07/2026 12:53



18648350001705EDA0CC

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202607201253

Fecha / Hora Impresión: 20/07/2026 12:53



FORMATO DE CONFORMIDAD Y SOLICITUD DE PAGO
PARA PRESTADORES DE SERVICIOS CON BOLETAS DE HONORARIOS

Dirección _____

Departamento _____

Fecha, en Doñihue 21/07/2026

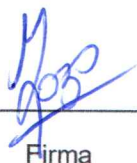
Quien suscribe certifica que:

Nombre Prestador de Servicio María José Ibarra Pozo

RUN Prestador de Servicio _____

Informe de tareas desarrolladas en el mes de julio 2026

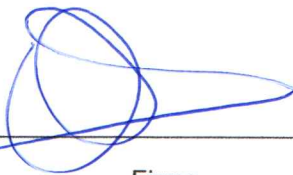
- Visitas domiciliarias para realización de sesiones aps y asl a usuarios del programa según corresponda.
- Ingreso en plataforma ssoo sesiones realizadas.
- Contacto con usuarios para invitarlos a participar del programa según nomina desde ministerio.
- Sesiones con familias en etapa eje al programa.
- Ingreso a sistema ssoo familias en etapa eje del programa.
- Reunión de equipo para presentación de casos.
- Reunión mesa técnica con contraparte FOSIS.
- Capacitación Fosis postulaciones SPP.



Firma

Prestador de Servicios

De acuerdo al contrato vigente entre el prestador de servicios (honorarios) y la Ilustre Municipalidad de Doñihue, el suscrito que certifica da conformidad al servicio prestado y se solicita su pago



Firma

Jefe o Directivo a cargo del prestador de Servicios



Certificado de cumplimiento

El director de Desarrollo Comunitario (S) de la Ilustre Municipalidad de Doñihue certifica que cedula de identidad N° _____ apoyo familiar integral cumplió satisfactoriamente con las tareas encomendadas como prestadora de servicios del programa Familias, durante el mes de **mayo** del presente año, en las siguientes funciones:

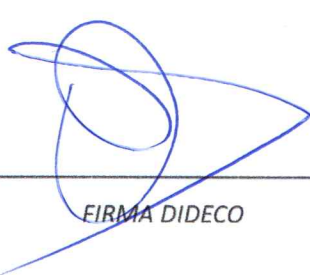
1. Realizar acompañamiento personalizado en el domicilio de las familias, que son asignadas por el ministerio desarrollo social.
2. Realizar sesiones APS Y ASL.
3. Registrar y mantener periódicamente actualizada la información de las familias en los sistemas de registros del programa.
4. Mantener carpetas de registro actualizadas en sistema.
5. Asistir y participar de instancias de formación, participación, mesas técnicas y de coordinación relacionadas con las familias de cada AFI.
6. Informar de manera mensual la planificación de familias activas, asignadas y egresadas.
7. Reportar casos a JUIF y apoyo Provincial.

Según boleta de honorario electrónica N° 170 de fecha 23 de julio del 2026 por un monto bruto de \$611.600

Se extiende el presente certificado para efectuar el pago correspondiente y ser presentado en sistema de rendiciones electrónicas de cuentas (SISREC) programa Familias

Aporte Municipal




FIRMA DIDECO

DEPARTAMENTO ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

DOÑIHUE, 21 de JULIO 2026.

De acuerdo al contrato de prestación de servicios personales (honorarios) suscrito entre SRTA MARIA JOSE IBARRA POZO, y la Ilustre Municipalidad de Doñihue, contrato que se encuentra vigente, y que determina las funciones que debe realizar el funcionario en el PROGRAMA FAMILIAS entre las cuales se señalan:

VISITAS DOMICILIARIA PARA REALIZACION DE SESIONES APS Y ASL A USUARIOS DEL PROGRAMA SEGÚN CORRESPONDA.

INGRESO EN PLATAFORMA SSOO SESIONES REALIZADAS.

CONTACTO CON USUARIOS PARA INVITARLOS A PARTICIPAR DEL PROGRAMA SEGÚN NOMINA DESDE MINISTERIO.

SESIONES CON FAMILIAS EN ETAPA EJE AL PROGRAMA.

INGRESO A SISTEMA SSOO FAMILIAS EN ETAPA EJE DEL PROGRAMA.

SESIONES ETAPA DIAGNOSTICA CON FAMILIAS EN MES 2 Y 3 EN EL PROGRAMA.

INGRESO A SISTEMA SSOO DE SESIONES DE ETAPA DIAGNOSTICA.

REUNION DE EQUIPO PARA PRESENTACION DE CASOS.

REUNION MESA TÉCNICA CON CONTRAPARTE FOSIS.

CAPACITACIÓN FOSIS POSTULACIONES SPP.

Las funciones y tareas antes descritas se encuentran conforme, y por consiguiente se solicita la cancelación correspondiente a los honorarios del mes de JULIO 2026 de acuerdo a contrato previamente revisado por quien suscribe.



- Es preciso señalar, que estas funciones y tareas se realizaron de manera independiente, sin vínculo de subordinación y dependencia de quien suscribe, no constituyendo de ningún modo una relación contractual regida por el código del trabajo, solamente por el contrato de honorarios suscrito entre las partes.

MARIA JOSE IBARRA POZO

V°B JEFATURA

ANEXO 1.6

Propuesta de informe técnico de la gestión mensual del Apoyo Familiar Integral.

Este informe debe ser acompañado de la nómina de familias atendidas en el mes, identificando el número de la/s sesión/es realizada en el periodo a cada una.

Informe técnico de gestión mensual de Apoyo Familiar Integral				
1. Comuna	Doñihue			
2. Nombre JUIF	Fernando Araya			
3. Nombre AFI	María José Ibarra Pozo			
4. Mes de gestión informado	Julio			
5. N° de familias activas a su cargo	32 familias			
6. N° de familias a intervenir en el mes según planificación o parámetros de intervención	24 familias			
7. N° de familias a intervenir en el mes según planificación o parámetros de intervención CON factibilidad de intervención	24 familias			
8. N° de familias a intervenir en el mes según planificación o parámetros de intervención CON factibilidad de intervención CON intervención efectiva en el mes (al menos una sesión)	24 familias			
9. Observaciones / justificación de familias con sesiones planificadas para el mes, con factibilidad de intervención, sin intervención en el mes.	NOMBRE FAMILIA	ID	N° SESIÓN Y ETAPA	MOTIVOS POR NO REALIZAR SESIÓN.
	A fecha de informe quedan 6 familias por realizar sesiones, están agendadas, se espera no tener inconvenientes para realizar exitosamente.			
10. Número de sesiones efectivas realizadas durante el mes (discriminar n° de sesiones familiares y grupales y comunitarias si corresponde).	40 sesiones			
11. N° de gestiones territoriales, de redes y de conexión con la demanda realizadas en el mes.	3 gestiones.			

12. Observaciones Generales	NOMBRE REU.	ENTIDAD CONVOCANTE	FECHA	GESTIÓN REALIZADA	ACUERDOS.
	Reunión de equipo	Unidad de intervención Familiar	07/07/2027	Reunión de equipo para análisis de casos si es que existen y que serán expuestos en mesa técnica.	Presentación de casos.
	Capacitación fosis postulación SPP	MDSF	14/07/2026	Información para postulantes	Postular usuarios del programa

María José Ibarra Pozo

Nombre Apoyo Familiar



Firma Apoyo Familiar

21/07/2026

Fecha de informe