



Informe de pago mensual

Funcionario: Christopher Morales Plaza



Cargo: Gestor Comunitario

Mes correspondiente: JUNIO 2025

Cometidos solicitados según contrato:

- Realizar un levantamiento o actualización del mapa de actores territoriales (organizaciones sociales y territoriales, organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones vecinales, culturales, deportivas, voluntariados, entre otros)

En el presente mes se realizó una actualización de mapa de actores territoriales con el cual se trabajará durante el presente año, Adjunto mapa y sus actores territoriales.





- **Elaborar un diagnóstico de las necesidades a nivel comunitario, que sean posibles de abordar durante el período de ejecución del programa.**

En visitas domiciliarias a usuarios se levanta diagnóstico de necesidades observadas en los inmuebles como las manifestadas verbalmente por usuarios y cuidadores

- **Se realiza reunión interna del programa PRLAC-SNAC (se adjunta listado de asistencia)**

Reforzar lineamientos del programa PRLAC

Solicitud de materiales cognitivos

Gestión de casos usuarios programa PRLAC y análisis de diagnósticos de plan de cuidados diada y necesidades de la diada

- **Se realizan solicitud según necesidades de usuarios visualizados en visitas domiciliarias**

- Cristian Venegas solicitud de actualización de recetas médicas para pañales y suplemento (se adjunta copia de correo)
- Rafael San Martín, Evaristo Tramolao, Carmen Silva y Herman Ortiz se solicita a salud ambiental poder intervenir el espacio habitacional de los usuarios con desratización y fumigaciones (se adjunta copia de correo)

Se realizó reunión de red local de la comuna de Padre Hurtado, gestionada por el programa PRLAC-SNAC de la comuna, en donde se busca dar solución a problemáticas que presentan en usuarios del programa previamente diagnosticados durante las visitas (se adjunta lista de asistencia).

- Zaida Reyes, se derivará caso en reunión de RED local comunal a oficina de personas en situación de discapacidad (OPSD) para hacer ingreso a programa de atención psicosocial para cuidadores.
- Mercedes Arias solicitud de ingreso a sector correspondiente (3) en reunión de red, para actualización de información de salud y enfermedades mórbidas

Enorinda Melgarejo se solicita a dirección de desarrollo social (DIDESO) en gestión presencial en la dirección, poder ingresar en ruta de entrega de pañales a domicilio para usuaria, dada la condición de dependiente severa que tiene la usuaria, quedando ingresada para ruta.

Se da cuenta de los casos derivados durante el mes de mayo para SNAC:

- Florinda Aguilera
- Margarita Nanco
- Christopher Monardes (entrega de ayuda técnica)

Todos cumplen perfil y quedan en lista de espera para ingreso a programa



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

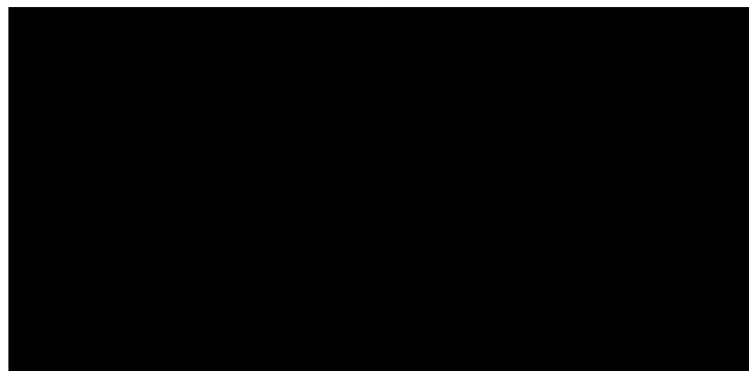
Durante el presente mes se ejecutaron visitas domiciliarias a usuarios del programa, para orientaciones, inscripciones, y gestiones a realizar para con los usuarios del programa

Nombre	Fecha	Dirección	Gestión
Soledad Jiménez CP de Jessenia Zamorano	11/06/2025	Joaquín Edward Bello 1617	Presentación de caso de maltrato en recinto de urgencia y hospital de base, caso se tratara en mesa de RED
Ismenia Valencia	11/06/2025	la cruz 0165	Se visita para entregar información e impresiones de mediación entre hijos y padres (persona en dependencia)
Jorge Díaz, con CP Andrea Díaz	17/06/2025	2da avenida 1905	Se orienta a la cuidadora en aspectos de higiene postural y acceso a ayudas sociales
Filomena Gallegos	17/06/2025	valle el encanto 1051	Aplicación de instrumento G4 (se adjunta documentos)
Ruby Castillo	18/06/2025	los troncos 35	Orientación y acceso a ayudas y prestaciones en salud y sociales
Lidia Ramos	18/06/2025	Amanda Labarca 2633	Gestión para poder trasladar registro social de hogares desde la ciudad del maule a Padre Hurtado



- **Generar un proyecto que promueva la participación ciudadana en materia de género, dependencia y/o discapacidad.**
 - Se trabaja junto a la agrupación “caminando por un sueño” proyecto de seguridad y emergencias, en el marco de la dependencia y discapacidad, para cuidadores y personas en situación de dependencia severa. Se trabajará herramientas para enfrentar emergencias en el domicilio y potenciar las redes de apoyo personales en torno al ejercicio de los cuidados.
 - Se presentará en unión comunal de adultos mayores propuesta para trabajar con los clubs de adultos mayores de la comuna, la temática referente al uso de ayudas técnicas en la población mayor.
- **Fomento de la sensibilización en temáticas de dependencia, que incluya acciones socioeducativas.**
 - En el presente se me realizó planificación de actividades (fecha tentativa mes de septiembre) para inicio de talleres de sensibilización sobre la utilización de ayudas técnicas, prejuicios y uso correcto de estas, en los colegios Patricio Mekis y Paul Harris de la comuna de Padre Hurtado, para alumnos de 3ro a 8vo básico.
- **Promoción de la participación ciudadana de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores en espacios comunitarios.**

El presente mes se realizó planificación de inicio de actividades para celebración de día del cuidador (5 de noviembre), el cual se trabajará en conjunto con la oficina de personas en situación de discapacidad, sumando a todos los programas integrantes de la red local. Cabe señalar que la fecha de la celebración no necesariamente debe ser el mismo día conmemorativo al nivel internacional.



Fecha	04 - 06 - 2025.
Hora	15:15.
Comuna	PADRE MURADO
Lugar de realización	CASA KAPLAN / OFICINA PRUE-SIAE
Participantes	HERNÁN LE CUSNE



Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Hotel Comalón	Enfermera
Daniela Rojas P.	Enfermera Coord.
Camila Alvarez U.	coordinadora sector 4
Sofia González Lara	Monitora C. Vínculos
Jael Morales Quezada	Monitora C. Vínculos / Dic
Mauricio Vidal Foruós	coordinador CIAM
Nicole Figueroa González	Programa Dependencia Sev
Palma Torres Ballester	Cespi Juan Pablo II / Sector 2
Denise Coshito Villar	Coord. Ops. P. HERNAN
Karen Riveros Venas	coord CCP y SPA IDA E
IVAN SAEZ PEREZ	CUIDADOS PALIATIVOS CP
Maitelía Herrera	COORD. CHC, mejor mñ, AA
TIARON CORNEJO JBOB	COORD. OMEF
Jenny Briones Rojas	Monitora C. vínculos
ALFONSO GUTIERREZ S.	JEFA UNICAMA P.H.
Katherine Almona	coordinador s. 5
Ferredita Contreras R	Encargada Of. de discap
Julia Saldana Grandón	Gestor Territorial
Aylin Patricia Henare	OF. INSP. V 26
JOSÉ LUIS B	GESTOR TERRITORIA
Hernán Le Cusne G.	ENCARGADO Red Local
CRISTÓFER MORALES PIZA	PRETOR COMUNICACIÓN SIAE

COPIA FOT A LA ORIGINAL

Programa Red Local Padre Hurtado para csector5 > lun, 9 jun, 13:39

Estimadas buenas tardes, junto con saludar y esperando que se encuentre bien, el motivo del siguiente correo es para poder solicitar mediante vuestra gestión, la actualización de datos de recetas de pañales y suplemento para ser presentado en DIDESO para uno de nuestros usuarios, según los registros de este último departamento las recetas se encuentran desactualizadas

Cristian Venegas Epul 16951520-4

sin nada mas que agregar quedo atento

Atte. Programa Red Local De Apoyos y Cuidados Municipalidad Padre Hurtado A.S. Christopher Morales Plaza +569 3309 9933



Buscar correo

Redactar

- Recibidos 114
- Destacados
- Postpuestos
- Más

solicitud de fumigación
 obs usuario no tiene redes de apoyo ni tampoco cuidador principal por lo que la unica red la cual tiene es nuestra asistente de cuidados de nuestro programa SNAC **Johana Mutis 945664959** con quien pueden coordinar la visita u otro tipo de requerimiento directo de la vivienda Johana se encuentra al tanto de la situacion y de la solicitud

Carmen Silva (cuidadora)
 11132056-k

presidente Anibal Pinto 761, Cristal Chile
 numero contacto: 937824242

solicitud desretizacion (no cuenta con tubos PVC)
 obs la usuaria se encontraba siendo cuidadora de usuario el cual se encuentra fallecido pero la señora Carmen sigue perteneciendo a nuestro programa post egreso

cabe señalar que ante cualquier duda o consulta o dato a agregar por favor no dude en comunicarse saludos,

Etiquetas

- CAPACITACIONES
- Compras
- Contabilidad MPH
- CV
- Derivaciones
- Finanzas MDSF
- Impresiones 5

Cambiar a plan su...

Responder Responder a todos Reenviar

Redactar

- Recibidos 114
- Destacados
- Postpuestos
- Más

Etiquetas

- CAPACITACIONES
- Compras
- Contabilidad MPH
- cv
- Derivaciones
- Finanzas MDSF
- Impresiones 5

Cambiar a plan su... →

Buscar correo

Programa Red Local Padre Hurtado <p.snacph@gmail.com>
para marelano, Delsy

Estimada acuso recibo y agradezco la pronta respuesta adjunto datos

Rafael San Martin
5559969-6
segunda avenida 1212
977667966 (gloria Vecina)
solicitud de destratación
con 2 tubos de PVC en casa

Pd se sugiere en lo posible, poder realizar las visitas martes o jueves ya que el usuario presenta una ceguera y esos dias señalados, asiste la cuidadora de nuestro programa, la que puede facilitar acceso o cualquier otro tipo de acción que requiriese para el día de la visita

Evaristo Tramolao
3538475-8
pje las violetas 1076, villa las Orquideas
solicitud de fumigación

FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 06/06/2025.
 Hora: 13⁰⁰.
 Comuna: Padre Hurtado
 Lugar de realización: Oficina Keplam. *
 Participantes:



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Anais Nauemela.	Coordinadora SAD.	
Patricia Martinez.	AC y pedagoga	
Ronice Rivero	AC	
Johanna Ruiz	AC	
Constanza Gonzalez	AC	
Constanza Soto.	AC	
Lene Canedo.	AC.	
Hellen Fuentes	TENS	
Alondra Lefna.	AC	
Belen Lizama	AC.	
Camilo Donaire.	Kinesidogre.	
Marcos Behemondes	Kinesidoge	
Cristopher Morales.	Gestor Comunitario	
Sebastian Hotz	Psicologo	
Montserrat Aballay	Terapeuta ocupacional.	
Hernan Le Quesne.	Coordinador PRLAC.	

N°	Temas a tratar en reunión
1	gestión de casos y derivaciones
2	Reforzar lineamientos de proprome.
3	Solicitud de materiales cognitivo para SAD.

Desarrollo

Hernan Le Quesne

N°	Acuerdos / compromisos

COPIA FOT A LA ORIGINAL

88



Red Local de Apoyos y Cuidados

IN PC 01
ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS

12

ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 02	MES 06	AÑO 15	
EVALUACIÓN	SI	X	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (índice)

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique

NOMBRES	Mercedes		SEXO	M
APELLIDO PATERNO	ARIAS		TELÉFONO	
APELLIDO MATERNO	Gonzalez		TELÉFONO	
FECHA NACIMIENTO	DIA 25	MES 12	AÑO 1933	EDAD ACTU
DOMICILIO	CALLE	Primera Transversal		N° 219
VILLA O POBLACIÓN			OTRAS REFERENCIAS	
COMUNA	PH		REGIÓN	M

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Colabora en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	X	NO	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI		NO	X
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI		NO	X
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	X	NO	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	X	NO	N/A

SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	X	NO		2.1.7	Demencias	SI	X	NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI		NO	X	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI		NO
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI		NO	X	→ ¿Cuál? - Atrofia Rodéica - Demencia.				
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI		NO	X					
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audifonos	SI		NO	X					
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI		NO	X					

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI		NO	X
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI		NO	X
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI		NO	X
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	X	NO	
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	X	NO	

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.						
2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI		NO	X	
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI		NO	X	
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI		NO	X	
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI		NO	X	

copn por a la original



Red Local de Apoyos y Cuidados

IN PC 01
ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA
INSTRUMENTO TIPO B- 15+ AÑOS

4
B

ID HOGAR			
FECHA ENTREVISTA	DIA 02	MES 06	AÑO 25
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere Cuidados (índice)

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, detalle por el vocativo que la persona sea

NOMBRES	CHRISTOPHER JORNSTAN	SOLO	M
APELLIDO PATERNO	FLORENTINO TORRES	TELÉF	
APELLIDO MATERNO		TELÉF	
FECHA NACIMIENTO	DIA 10	MES 01	AÑO 1999
DOMICILIO	CALLE LA PIRAMIDE	N°	
VILLA O POBLACIÓN	SANTA ROSA	OTRAS REPER	
COMUNA	PADRE MURTADO	REGION	B.M.

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que comparten el presupuesto familiar? <i>Califica en el mismo domicilio forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona presente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los cuadros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicta/a o en proceso de interdicción?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> N/A

SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)				
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI		NO
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI		NO
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audifonos	SI		NO
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI		NO
2.1.7	Demencias	SI		NO
2.1.8	Otra dificultad permanente	SI		NO
				→ ¿Cuál?

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.				
2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI		NO
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI		NO
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI		NO

copias en la original





DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL
Departamento de Asistencia Social

Provincia: TALAGANTE

N° Correlativo: _____

Comuna: PADRE HURTADO

Fecha: 18-06-2025

CERTIFICADO DE RECEPCION

NOMBRE:

MANCO Phillipi MARGARITA
Apellido Nombre

CARNET DE IDENTIDAD N°:



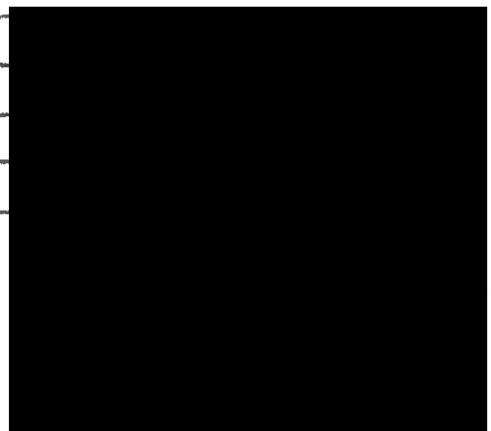
DOMICILIO

Los _____ _____
Calle - Pasaje Unidad Vecinal Nombre Población o Villa
y/o N°

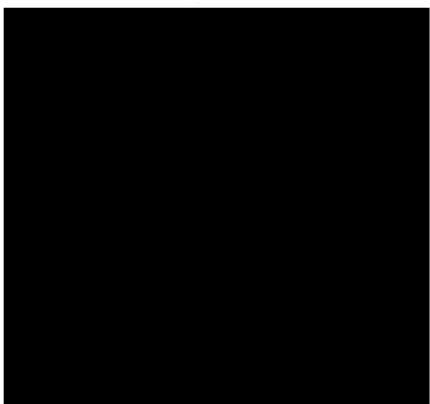
Teléfono: _____

El siguiente detalle SE ENTREGAN 01 PRODUCTO DE PAÑALES

Firma y Timbre
Asistente Social



Firma y Timbre
Directora Desarrollo Social



Copia fiel a lo ORIGINAL

24