



9/23

Informe de pago mensual

Funcionario: Anais Navarrete González

Cargo: Coordinadora de Servicio de Atención Domiciliaria del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Padre Hurtado.

Mes correspondiente: JUNIO 2025

Cometidos solicitados según contrato:

- Reclutamiento y selección de las asistentes de cuidado.
- Organización y planificación del proceso de implementación del servicio domiciliario.
- Organizar reuniones mensuales y gestionar los procesos de formación continua de las asistentes de cuidado
- Aplicación de encuestas de satisfacción y supervisiones.
- Administración y gestión del recurso humano.

- **Reclutamiento y selección de las asistentes de cuidado.**

Proceso de selección finalizado, ya están contratadas 8 asistentes de cuidados, completando así, la nómina que solicita el MDSF.

- ❖ Alondra Lefno
- ❖ Johanna Mutis
- ❖ Constanza González
- ❖ Patricia Martínez
- ❖ Constanza Soto
- ❖ María Jose Cancino
- ❖ Mónica Rivera
- ❖ Belén Lizama

- **Organización y planificación del proceso de implementación del servicio domiciliario.**

En ejecución, equipo ya organizado y distribuido con sus usuarios, la supervisión de este proceso está dirigida por Hernan Le Quesne Gallardo.



- **Organizar reuniones mensuales y gestionar los procesos de formación continua de las asistentes de cuidado**

En este mes de junio no se gestionaron capacitaciones para las asistentes de cuidados.

El 06 y 13 de JUNIO del 2025 se gestionó reuniones de equipo de Servicio de Atención de Atención Domiciliaria (SAD) y equipo PRLAC. se adjunta acta de reunión.

- **Aplicación de encuestas de satisfacción y supervisiones.**

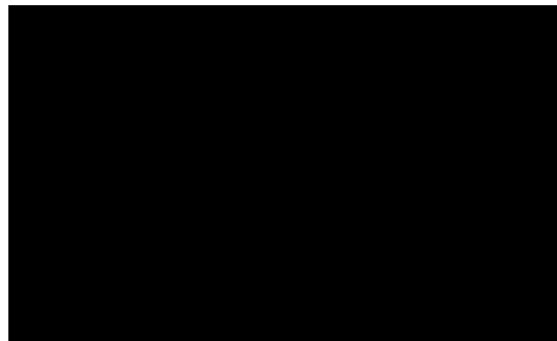
Este cometido se está realizando sin inconvenientes, supervisiones en terreno con móvil realizando visitas domiciliarias aplicando 3 Plan de apoyo a la diada, 3 compromisos de participación, 2 encuestas de satisfacción usuaria, 3 entrevistas de re-evaluación, 3 plan de cuidados, 3 supervisiones asistente de cuidados .

SAD cuenta con 40 familias activas.

Se adjuntan entrevistas y encuestas.

- **Administración y gestión del recurso humano.**

Punto en ejecución desde la contratación del personal de asistencia del cuidado, coordinando sus capacitaciones, horarios, usuarios y su locomoción hacia sus puntos de labor.



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 Navarrete	Coordinadora SAD	[Redacted]
Patricia Martinez	AC y podologa	[Redacted]
Ronice Rivero	AC	[Redacted]
Johanna Ruiz	AC	[Redacted]
Constanza Gonzalez	AC	[Redacted]
Constanza Soto	AC	[Redacted]
Lena Canino	AC	[Redacted]
Hellen Fuentes	TENS	[Redacted]
Alondra Lefno	AC	[Redacted]
Belen Lizama	AC	[Redacted]
Camilo Donaire	Kinesidlogia	[Redacted]
Marcos Bahamondes	Kinesidlogia	[Redacted]
Cristopher Morales	Gestor Comunitario	[Redacted]
Sebastian Hotz	Psicologo	[Redacted]
Monserat Aballay	Terapeuta ocupacional	[Redacted]
Hernan Lequesne	Coordinador PRLAC	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunion
1	gestion de casos y derivaciones
2	Reforzar lineamientos de programa
3	Solicitud de materiales cognitivo para SAD

Desarrollo

Hernan Lequesne

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos

Copia fiel de original

FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 13/06/2025.

Hora: 13⁰⁰ a 17⁰⁰.

Comuna: Padre Hurtado.

Lugar de realización: Oficina Kaplan.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Cargo electrónico
Anous Navarrete	Coordinadora SAO	[Redacted]
Ronica Rivere	AC	[Redacted]
Susanne Rutis	AC	[Redacted]
Alondre Lepno	AC	[Redacted]
Constanza Soto	AC	[Redacted]
Ramona Canciano	AC	[Redacted]
Constanza Gonzalez	AC	[Redacted]
Belen Lizama	AC	[Redacted]
Patricia Restrepo	AC	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunión
1	Se entregan pliegos de Informe de pago.
2	Se avanza con ingreso de datos en plataforma Mideso.
3	Resolución de casos del programa.
4	Se dan fechas de capacitaciones gestionados.
5	Se entrega Insumos para el cuidado de los AC

Desarrollo

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
1	Fecha de entrega de Informe de pago	AC	19 Junio.
2	Capacitaciones gestionadas	[Redacted]	siempre

Atm
Ru

4

SAD

IN SA 01

**Plan de Apoyo
para la Díaada**
 Red Local
de Apoyos
y Cuidados

18261

ID Hogar

10/06/25

Fecha Firma

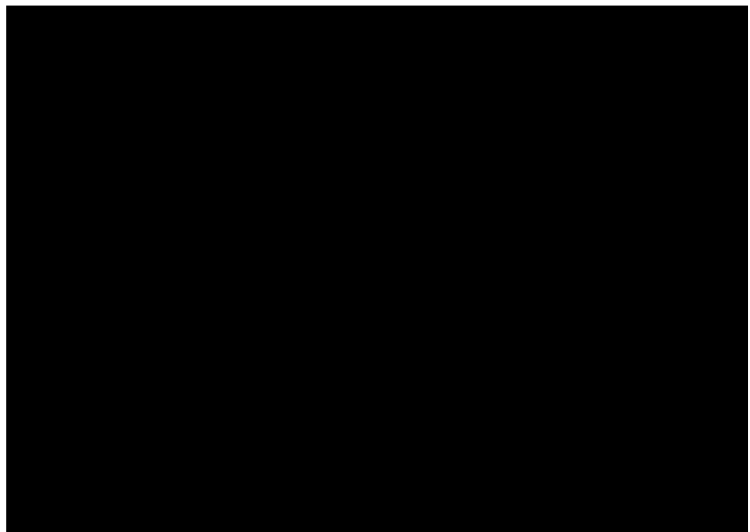
Apolere Galvez

Nombre Hogar

Listado de las 30 actividades.

Área	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Higiene y Cuidado Personal	01- Baño/ducha.	X	
	02- Aseo corporal		
	03- Lavado de cabello en cama.		
	04- Aseo dental y bucal.	X	
	05- Higiene de los pies.		X
	06- Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.		
	07- Aseo genital.	✓	
	08- Apoyo a la micción y defecación.		
	09- Uso de la cñata o urinario.	X	
	10- Cambio de pañal.		
	11- Lubricación y cuidado de la piel.		X
	12- Prevención de lesiones por presión.		✓
	13- Peinado y maquillaje.	X	
	14- Afeitado y depilación.		X
	15- Apoyo a la vestimenta.	X	
Apoyo funcional	16- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.		X
	17- Ejercicios físicos.		X
	18- Ejercicios respiratorios y de relajación.		✓
	19- Apoyo en transferencias.		
	20- Manejo postural.		
	21- Prevención de caídas.		✓
	22- Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.		

Actividad N°14 Afeitado y depilación se debe realizar solo con implementos adecuados y que estén presentes en el hogar para este efecto, está prohibido el afeitado con navaja y la depilación con cera o algún método que pueda producir daños o perjuicio hacia la PSEF.



SAD

Formato N° 4

Plan de Apoyo para la DÍADA



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

Handwritten initials

AREA	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Apoyo en el uso correcto de los medicamentos	23- Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.		x
	24- Apoyar la correcta administración de los medicamentos prescritos.		x
Apoyo a la alimentación e hidratación	25- Manipulación y preparación de alimentos.		x
	26- Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.		x
Aseo y orden de la unidad	27- Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.		x
	28- Orden de la cama y cambio de ropa de cama.		x
Actividades de participación social	29- Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.		x
Acompañamiento para la inclusión social y uso de servicios	30- Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales y de salud.		x

José Apurta
Persona en situación de dependencia

Cuidador/a Principal

Belen Lizama
Asistente de Cuidado

Anais Veneneth
Coordinador/a SAD



Copia fiel de original

SAD

IN SA 01

**Plan de Apoyo
para la DÍada**Red Local
de Apoyos
y Cuidados

55522

ID Hogar

12/06/2025

Fecha Firma

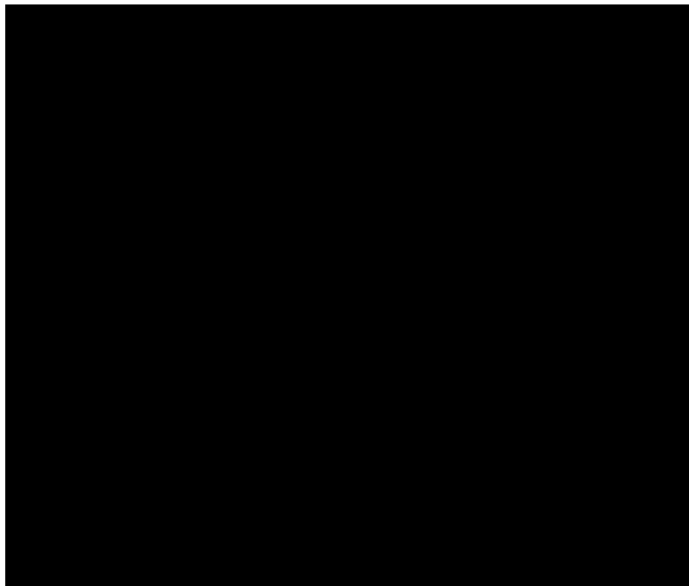
Martinez Calderón

Nombre Hogar

Listado de las 30 actividades.

Área	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Higiene y Cuidado Personal	01- Baño/ducha.		X
	02- Aseo corporal		X
	03- Lavado de cabello en cama.		X
	04- Aseo dental y bucal.		X
	05- Higiene de los pies.		X
	06- Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.		X
	07- Aseo genital.		X
	08- Apoyo a la micción y defecación.		X
	09- Uso de la chata o urinario.		X
	10- Cambio de pañal.		X
	11- Lubricación y cuidado de la piel.		X
	12- Prevención de lesiones por presión.		X
	13- Peinado y maquillaje.		X
	14- Afeitado y depilación.		X
	15- Apoyo a la vestimenta.		X
Apoyo funcional	16- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.		X
	17- Ejercicios físicos.		X
	18- Ejercicios respiratorios y de relajación.		X
	19- Apoyo en transferencias.		X
	20- Manejo postural.		X
	21- Prevención de caídas.		X
	22- Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.		X

Actividad N°14 Afeitado y depilación se debe realizar sólo con implementos adecuados y que estén presentes en el hogar para este efecto, está prohibido el afeitado con navaja y la depilación con cera o algún método que pueda producir daños o perjuicios hacia la PSDF.



SAD

Formato N° 4

Plan de Apoyo para la DÍada



Red Local de Apoyos y Cuidados

40/40

ÁREA	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Apoyo en el uso correcto de los medicamentos	23- Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.		X
	24- Apoyar la correcta administración de los medicamentos prescritos.		X
Apoyo a la alimentación e hidratación	25- Manipulación y preparación de alimentos.		X
	26- Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.		X
Aseo y orden de la unidad	27- Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.		X
	28- Orden de la cama y cambio de ropa de cama.		X
Actividades de participación social	29- Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.		X
Acompañamiento para la inclusión social y uso de servicios	30- Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales y de salud.		

Miguel Fuentes
Persona en situación de dependencia

Silvia Fuentes
Cuidador/a Principal

Constanze SOTO
Asistente de Cuidado

Anais Navarrete
Coordinador/a SAD





28707
ID Hogar

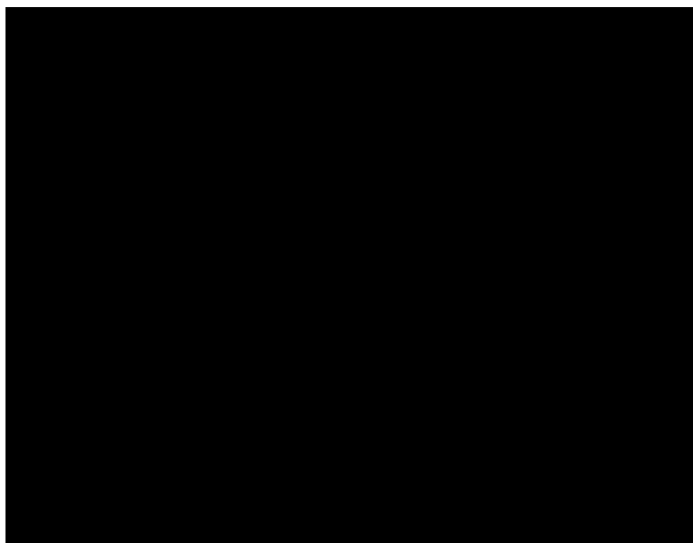
09/06/25
Fecha Firma

Godoy Ponce
Nombre Hogar

Listado de las 30 actividades.

Área	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Higiene y Cuidado Personal	01- Baño/ducha.		
	02- Aseo corporal		
	03- Lavado de cabello en cama.		
	04- Aseo dental y bucal.		
	05- Higiene de los pies.		
	06- Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.		
	07- Aseo genital.		
	08- Apoyo a la micción y defecación.	X	
	09- Uso de la chata o urinario.	X	
	10- Cambio de pañal.		
	11- Lubricación y cuidado de la piel.	X	
	12- Prevención de lesiones por presión.		
	13- Peinado y maquillaje.		
	14- Afeitado y depilación.		
	15- Apoyo a la vestimenta.	X	
Apoyo funcional	16- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.		
	17- Ejercicios físicos.		
	18- Ejercicios respiratorios y de relajación.		
	19- Apoyo en transferencias.		
	20- Manejo postural.	X	
	21- Prevención de caídas.		
	22- Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.	X	

Actividad N°14 Afeitado y depilación se debe realizar sólo con implementos adecuados y que estén presentes en el hogar para este efecto, está prohibido el afeitado con navaja y la depilación con cera o algún método que pueda producir daños o perjuicios hacia la PSDF.

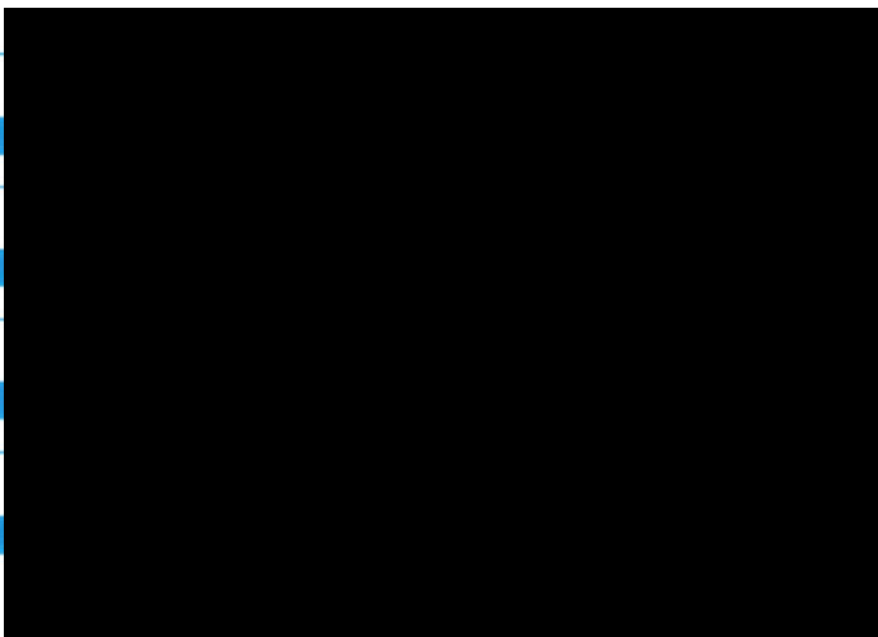




12

AREA	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Apoyo en el uso correcto de los medicamentos	23- Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.	X	
	24- Apoyar la correcta administración de los medicamentos prescritos.	X	
Apoyo a la alimentación e hidratación	25- Manipulación y preparación de alimentos.	X	
	26- Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.	X	
Aseo y orden de la unidad	27- Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.	X	
	28- Orden de la cama y cambio de ropa de cama.		
Actividades de participación social	29- Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.		
Acompañamiento para la inclusión social y uso de servicios	30- Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales y de salud.		

- Carmen Godoy
Persona en situación de dependencia
- Michell MatTA
Cuidador/a Principal
- Nº Jose Canano
Asistente de Cuidado
- Anais Navarrete
Coordinador/a SAD



Copia fiel de original

PC

IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría



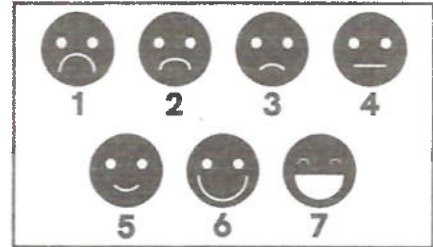
PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

70181 ID Hogar	PSDF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>	Quién Participó
10 Día	Junio Mes	25 Año

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

<input checked="" type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input checked="" type="checkbox"/> Otro <u>TEJO</u>			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estandar	<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Silla de ducha	<input type="checkbox"/> Rampas de acceso	<input type="checkbox"/> Algodón	<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Lavapelo	<input type="checkbox"/> Ampliación puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipamiento vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> WC portátil	<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa interior	<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotadura
<input type="checkbox"/> Reparaciones	<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco	<input type="checkbox"/> Calzado	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Mantenciones	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sábanillas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Observaciones
 Usuarios en buenas condiciones generales
 muy agradecidos

Valoración	
SAD	7
Promedio SS.EE*	7

Anaís Valdovinoso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinador	PRLAC	SAD SSEE

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio de calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este caso.

Copia fiel de original

PC

IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría



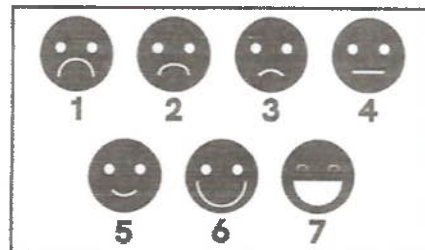
PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

80400 ID Hogar	PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
05 Día	Junio Mes
	25 Año

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

<input checked="" type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input checked="" type="checkbox"/> Otro <u>TENS</u>			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas

<input type="checkbox"/> Bastón
<input type="checkbox"/> Andador
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estandar
<input type="checkbox"/> Silla de ducha
<input type="checkbox"/> Lavapelo
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo
<input type="checkbox"/> Alza WC
<input type="checkbox"/> WC portatil
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas
<input type="checkbox"/> Reparaciones
<input type="checkbox"/> Mantenciones

Adaptaciones

<input type="checkbox"/> Nivelación pisos
<input type="checkbox"/> Receptáculo baño
<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos
<input type="checkbox"/> Rampas de acceso
<input type="checkbox"/> Ampliación puertas

Aseo personal

<input type="checkbox"/> Crema piel sensible
<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes
<input type="checkbox"/> Pastas de dientes
<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco
<input checked="" type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas

Jabón / jabón gel

Peine adaptado

Artículos de cuidado

<input type="checkbox"/> Gasa
<input type="checkbox"/> Algodón
<input type="checkbox"/> Alcohol
<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

<input type="checkbox"/> Ropa interior
<input type="checkbox"/> Ropa abrigo
<input type="checkbox"/> Calzado
<input type="checkbox"/> Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos Alimenticios

Aseo vivienda/hogar

<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro

Equipamiento vivienda/hogar

<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras
<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Colchón

<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Observaciones

Usuaría agradecida por los leches y sabanillas

Valoración

SAD	7
Promedio SS.EE*	7
Calificación Final	7

Anais Nowenke	<input checked="" type="checkbox"/>	
Coordinador	PRLAC	SAD SSE

*En el caso de los SSEE se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio de calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.



Copie por de...

SAD

FO SA 01

Compromiso de participación



Red Local de Apoyos y Cuidados

18261
ID Hogar

Apurta Galvez
Nombre Hogar

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Padre Hurtado. Esta carta, establece su compromiso de participación en el servicio y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al Servicio, además acepta la realización de actividades de cuidado por parte de la/el Asistente de Cuidados hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas (damos a conocer sus derechos y deberes).

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la Asistente de cuidado en la realización de las siguientes actividades, así como también estamos en conocimiento que en ningún contexto hago responsable al equipo del programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

- Higiene y cuidado personal
- Actividades de participación e inclusión social
- Administración de medicamentos (con prescripción médica)

Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este, así como también con las actividades marcadas a realizar por la Asistente de Cuidados.

- Sí, estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Confirmación de horarios

Disponibilidad horaria diaria
Todos los días

Belen Lizama
Nombre Asistente de Cuidado

Horario disponible para recibir visitas de parte del equipo comunal (detalle hora)					
Jornada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	X		X		
Tarde					
Frecuencia	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Semestral
(Marcar con una X)	X				

José Apurta
Persona en situación de dependencia

Cuidador/a principal

Anais Nouvenete
Profesional de la Red



Copie fiel de original

SAD

FO SA 01

Compromiso de participación



Red Local de Apoyos y Cuidados

55522

ID Hogar

Rodriguez Calderon

Nombre Hogar

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Padre Hurtado. Esta carta, establece su compromiso de participación en el servicio y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atingente al Servicio, además acepta la realización de actividades de cuidado por parte de la/el Asistente de Cuidados hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas (damos a conocer sus derechos y deberes).

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la Asistente de cuidado en la realización de las siguientes actividades, así como también estamos en conocimiento que en ningún contexto hago responsable al equipo del programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

- Higiene y cuidado personal
- Actividades de participación e inclusión social
- Administración de medicamentos (con prescripción médica)

Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este, así como también con las actividades marcadas a realizar por la Asistente de Cuidados.

- Sí, estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Confirmación de horarios

Disponibilidad horaria diaria

Todos los Días

Constanze Soto

Nombre Asistente de Cuidado

Horario disponible para recibir visitas de parte del equipo comunal (detalle hora)

Jornada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana					
Tarde					
Frecuencia	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Semestral
(Marcar con una X)					

Miguel Fuentes

Persona en situación de dependencia

Silvia Fuentes

Cuidador/a principal

Anais Navarrete

Profesional de la Red



SAD

FO SA 01

Compromiso de participación



Red Local de Apoyos y Cuidados

28707
ID Hogar

Godoy Donce
Nombre Hogar

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Padre Hurtado. Esta carta, establece su compromiso de participación en el servicio y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atingente al Servicio, además acepta la realización de actividades de cuidado por parte de la/el Asistente de Cuidados hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas (damos a conocer sus derechos y deberes).

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la Asistente de cuidado en la realización de las siguientes actividades, así como también estamos en conocimiento que en ningún contexto hago responsable al equipo del programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

- Higiene y cuidado personal Actividades de participación e inclusión social Administración de medicamentos (con prescripción médica)

Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este, así como también con las actividades marcadas a realizar por la Asistente de Cuidados.

- Sí, estoy de acuerdo No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Confirmación de horarios

Disponibilidad horaria diaria
Todos los días

Nº José Candino
Nombre Asistente de Cuidado

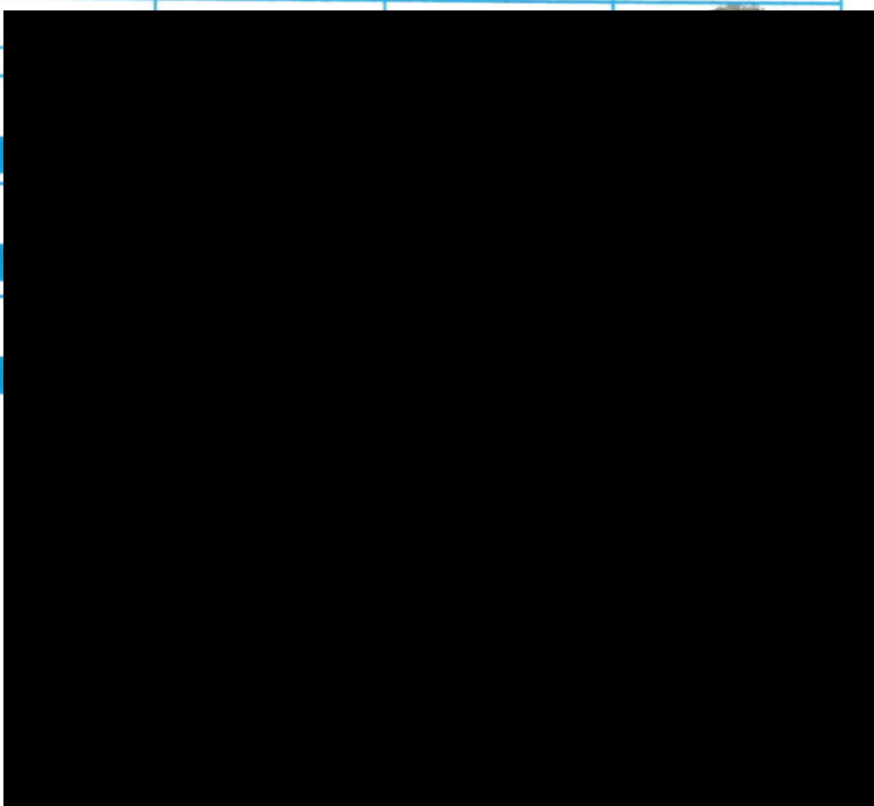
Horario disponible para recibir visitas de parte del equipo comunal (detalle hora)

Jornada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana					
Tarde	X		X		
Frecuencia	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Semestral
(Marcar con una X)	X				

Carmen Godoy
Persona en situación de dependencia

Michelle Natta
Cuidador/a principal

Anous Nevenete
Profesional de la Red





18
18

ID. HOGAR						
FECHA ENTREVISTA	DIA	10	MES	06	AÑO	25
EVALUACIÓN	SI		RE-EVALUACIÓN	SI		<input checked="" type="checkbox"/>

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

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

NOMBRES	José Rafael				SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	
APELLIDO PATERNO	Aguilera				TELÉFONO 1	[REDACTED]			
APELLIDO MATERNO	Galvez				TELÉFONO 2	[REDACTED]			
FECHA NACIMIENTO	DIA	28	MES	12	AÑO	1963	EDAD ACTUAL	61	
DOMICILIO	CALLE	Paralelo por sur			N°	2516	N° DPTO/CASA		
VILLA O POBLACIÓN	Newton				OTRAS REFERENCIAS				
CÓMUNA	PH			REGIÓN	M.				

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		
→ 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 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		N/A <input checked="" type="checkbox"/>
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI		NO		N/A <input checked="" type="checkbox"/>

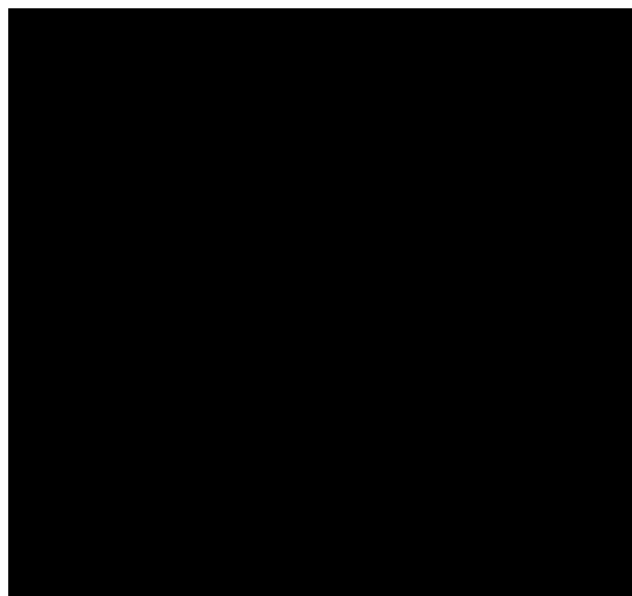
SECCION 2. Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

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		2.1.7	Demencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ <i>caso: Sevelada Acu, Dn 2, HTA, Amplicacion P.O. Displasia</i>					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

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	

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	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	





29
19

ID HOGAR	55522			
FECHA ENTREVISTA	DIA 12	MES Julio	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	RE-EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>

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 (U)

NOMBRES	Ricardo Enrique				SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>
APELLIDO PATERNO	Zúñiga				TELÉFONO 1		
APELLIDO MATERNO	Torres				TELÉFONO 2		
FECHA NACIMIENTO	DIA 12	MES Abril	AÑO 1954		EDAD ACTUAL		
DOMICILIO	CALLE	Tercera Avenida			N°	887	
VILLA O POBLACIÓN	Santa Rosa de Chupe				OTRAS REFERENCIAS		
COMUNA	PL.			REGIÓN	TL.		

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
→ 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	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	2.1.7	Demencias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ ¿Cuál? EPILEPSIA, HTA, ACV, ISQUEMICO VENT. IZQ.					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audifonos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

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	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input 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 type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>





76
18

ID HOGAR					
FECHA ENTREVISTA	DIA 09	MES 06	AÑO 25		
EVALUACIÓN	SI		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, trátelo por el vocativo que la persona indica

NOMBRES	Carmen					SEXO	M	
APELLIDO PATERNO	Godoy					TELÉFONO		
APELLIDO MATERNO	Ponce					TELÉFONO		
FECHA NACIMIENTO	DIA 18	MES 05	AÑO 1955	EDAD AÑOS				
DOMICILIO	CALLE	Miguel Guzmán Returona			Nº			
VILLA O POBLACIÓN	El Pargano					OTRAS REFERENCIAS		
COMUNA	PH			REGIÓN	M.			

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
→ 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	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input 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)

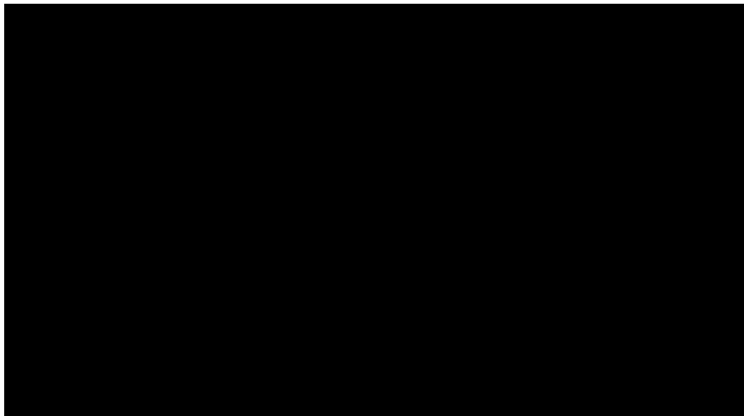
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.7	Demencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ ¿Cuál? EIA					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

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	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input 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 type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>



12



El Plan de Cuidados es el resultado de un acuerdo entre la diada y la Red Local respecto del acceso a los servicios y prestaciones sociales, habiendo sido previamente identificadas las necesidades de apoyos y cuidados en el instrumento de evaluación.

1. Información sobre Dependencia y Sobrecarga del Cuidador/a

Información que corresponde al nivel de dependencia (moderado o severo) de la/las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y al nivel de sobrecarga del cuidador/a principal.

a) Nivel de dependencia PSDF	Moderado
b) Nivel de sobrecarga cuidador/a	—

2. Objetivos de la intervención

Objetivos de la intervención a realizar con la diada, con metas claras tanto para la persona con dependencia como para la persona cuidadora (si corresponde).

- Potenciar Autonomía en actividades de la vida diaria
- Fomentar Resiliencia Corporal, Cognitiva y Emocional
- Contención emocional y entrega de herramientas para manejar frustraciones



22

5. Compromiso de participación, derechos y deberes

Por medio de este instrumento se establece su compromiso de participación en el programa y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al Servicio. A continuación, damos a conocer sus derechos y deberes:

DERECHOS DE USUARIO/A

- Ser informado/a sobre características de servicios y prestaciones.
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal y familiar e individualidad.
- Recibir servicio en día y hora programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de atención recibida. Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten provisión de servicios o prestaciones, o cambio de estos.
- Comunicarse con Coordinador/a de servicio, para dudas, horarios, o cualquier problema que afecte el servicio.

DEBERES DE USUARIO/A

- Facilitar acceso de Asistentes de Cuidado, profesionales y/c técnicos/as a su hogar.
- Facilitar y apoyar el trabajo que desarrollarán Asistentes de Cuidado y profesionales en su domicilio o lugar informado.
- Informar cambios, imprevistos o situaciones que lo aquejen y afecten cumplimiento de horarios o su participación en el servicio.
- Mantener trato respetuoso hacia las y los prestadores del servicio.
- Otorgar la información que sea necesaria para la correcta realización del Programa.
- Comprometerse y participar de acciones del Programa.
- No ofrecer dinero, regalos, préstamos de cualquier especie. Especialmente dinero, a prestadores/as del servicio.

El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el Programa. Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este.

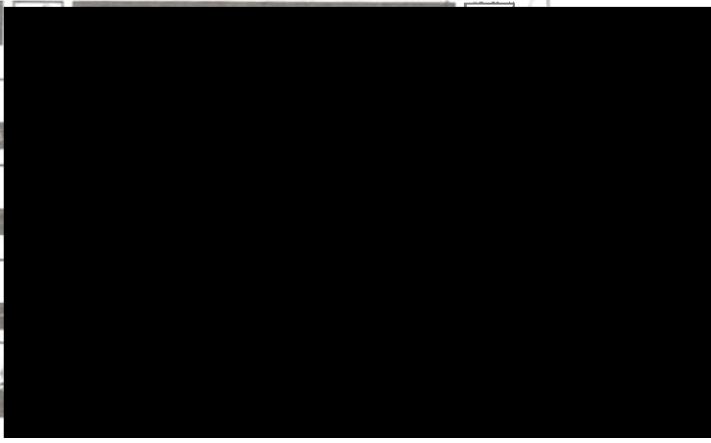
Si, estoy de acuerdo

José Acuña
Nombre (Persona en situación de dependencia)

Nombre (Cuidador/a principal)

Anais Navarrete
Nombre (Profesional integrante de la Red)

10 06
Día Mes



Copie Fel de original

12



El Plan de Cuidados es el resultado de un acuerdo entre la diada y la Red Local respecto del acceso a los servicios y prestaciones sociales, habiendo sido previamente identificadas las necesidades de apoyos y cuidados en el instrumento de evaluación.

1. Información sobre Dependencia y Sobrecarga del Cuidador/a

Información que corresponde al nivel de dependencia (moderado o severo) de la/las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y al nivel de sobrecarga del cuidador/a principal.

a) Nivel de dependencia PSDF	Severo.
b) Nivel de sobrecarga cuidador/a	Intensa

2. Objetivos de la intervención

Objetivos de la intervención a realizar con la diada, con metas claras tanto para la persona con dependencia como para la persona cuidadora (si corresponde).

- Potenciar la movilidad corporal
- Apoyar en la higiene personal.
- Apoyar en las actividades de la vida Diaria
- Apoyo emocional

Copie fiel de original

24

5. Compromiso de participación, derechos y deberes

Por medio de este instrumento se establece su compromiso de participación en el programa y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al Servicio. A continuación, damos a conocer sus derechos y deberes:

DERECHOS DE USUARIO/A

- Ser informado/a sobre características de servicios y prestaciones.
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal y familiar e individualidad.
- Recibir servicio en día y hora programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de atención recibida. Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten provisión de servicios o prestaciones, o cambio de estos.
- Comunicarse con Coordinador/a de servicio, para dudas, horarios, o cualquier problema que afecte el servicio.

DEBERES DE USUARIO/A

- Facilitar acceso de Asistentes de Cuidado, profesionales y/o técnicos/as a su hogar.
- Facilitar y apoyar el trabajo que desarrollarán Asistentes de Cuidado y profesionales en su domicilio o lugar informado.
- Informar cambios, imprevistos o situaciones que lo aquejen y afecten cumplirdel horarios o su participación en el servicio.
- Mantener trato respetuoso hacia las y los prestadores del servicio.
- Otorgar la información que sea necesaria para la correcta realización del Programa.
- Comprometerse y participar de acciones del Programa.
- No ofrecer dinero, regalos, préstamos de cualquier especie. Especialmente dinero, a prestadores/as del servicio.

El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el Programa. Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este.

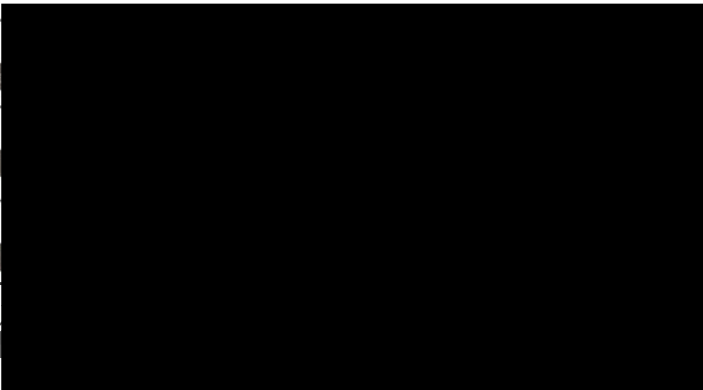
Sí, estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Miguel Fuentes
Nombre (Persona en situación de dependencia)

Silvio Fuentes
Nombre (Cuidador/a principal)

Anais Novembre
Nombre (Profesional integrante de la Red)

12 Junio
Mes



Copie fiel de original

1/2



El Plan de Cuidados es el resultado de un acuerdo entre la diada y la Red Local respecto del acceso a los servicios y prestaciones sociales, habiendo sido previamente identificadas las necesidades de apoyos y cuidados en el instrumento de evaluación.

1. Información sobre Dependencia y Sobrecarga del Cuidador/a

Información que corresponde al nivel de dependencia (moderado o severo) de la/las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y al nivel de sobrecarga del cuidador/a principal.

a) Nivel de dependencia PSDF	Severa
b) Nivel de sobrecarga cuidador/a	Sin.

2. Objetivos de la intervención

Objetivos de la intervención a realizar con la diada, con metas claras tanto para la persona con dependencia como para la persona cuidadora (si corresponde).

- Apoyo en las actividades de la vida diaria Apoyos en la alimentación y recreación
- Entregar herramientas para el control emocional
- Seguimiento de signos vitales y educación.

Copie fidel de original

34
26

5. Compromiso de participación, derechos y deberes

Por medio de este instrumento se establece su compromiso de participación en el programa y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al Servicio. A continuación, damos a conocer sus derechos y deberes:

DERECHOS DE USUARIO/A

- Ser informado/a sobre características de servicios y prestaciones.
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal y familiar e individualidad.
- Recibir servicio en día y hora programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de atención recibida. Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten provisión de servicios o prestaciones, o cambio de estos.
- Comunicarse con Coordinador/a de servicio, para dudas, horarios, o cualquier problema que afecte el servicio.

DEBERES DE USUARIO/A

- Facilitar acceso de Asistentes de Cuidado, profesionales y/o técnicos/as a su hogar.
- Facilitar y apoyar el trabajo que desarrollarán Asistentes de Cuidado y profesionales en su domicilio o lugar informado.
- Informar cambios, imprevistos o situaciones que lo aquejen y afecten cumplirdel horarios o su participación en el servicio.
- Mantener trato respetuoso hacia las y los prestadores del servicio.
- Otorgar la información que sea necesaria para la correcta realización del Programa.
- Comprometerse y participar de acciones del Programa.
- No ofrecer dinero, regalos, préstamos de cualquier especie. Especialmente dinero, a prestadores/as del servicio.

El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el Programa. Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este.

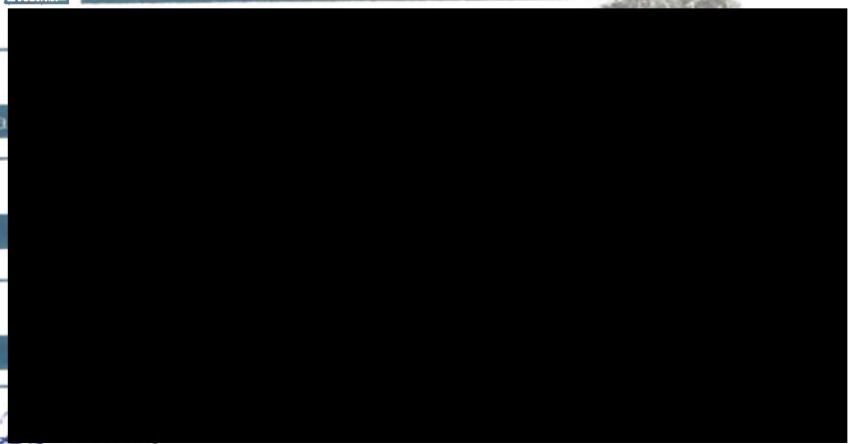
Sí, estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Carmen Godoy
Nombre (Persona en situación de dependencia)

Michelle Raithe
Nombre (Cuidador/a principal)

Anais Nouemete
Nombre (Profesional integrante de la Red)

Día Mes Año



Copia fiel de original

24

SAD

IN SA 02

Acta de Supervisión



Red Local de Apoyos y Cuidados

18261
ID Hogar

10
Día

Junio
Mes

25
Año

Belin Izama
Nombre Asistente de Cuidado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno del Asistente →
 Planificada
 No Planificada
 Entrevista a beneficiarios/as

José Aguilera
En caso de entrevista a los beneficiarios, indicar nombre de la/el entrevistado

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe consignar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar algún ítem, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información ya que no aplica evaluar aquellos ítems.

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno a la Asistente	Entrevista a los beneficiarios
1	Normas administrativas y de presentación		
1.1	Cumple con la hora de entrada al domicilio	N/A	Si
1.2	Cumple con horario de salida del domicilio	N/A	Si
1.3	Tiene sus bitacoras al día	Si	N/A
1.4	Utiliza pelo tomado y ordenado	Si	N/A
1.5	Utiliza uñas cortas y sin esmalte	Si	N/A
1.6	Se presenta sin olor a tabaco en el domicilio	Si	N/A

Copie del de original

3.11	Se preocupa de observar lesiones cutáneas o en cavidades.	Si	Si
3.12	Realiza actos preventivos para el cuidado de la piel y prevención de úlceras por presión.	Si	N/A
3.13	Identifica riesgos en las actividades de movilidad o desplazamiento.	Si	N/A
3.14	Realiza técnica de movilización adecuadas según necesidad.	Si	Si
3.15	Evita movimientos bruscos e involuntarios.	Si	Si
4	Uso de materiales/herramientas de trabajo		
4.1	Utiliza la indumentaria.	Si	Si
4.2	Utiliza el material didáctico y de estimulación.	Si	Si
4.3	Utiliza los insumos del cuidado entregados.	Si	Si

Indique el total de alternativas Cumple y No Cumple por ámbito;

Nº	Ámbito	Cumple	No Cumple
1	Normas administrativas y de presentación	8	0
2	Normas del cuidado	17	0
3	Procedimientos	19	0
4	Uso de materiales/herramientas de trabajo	6	0

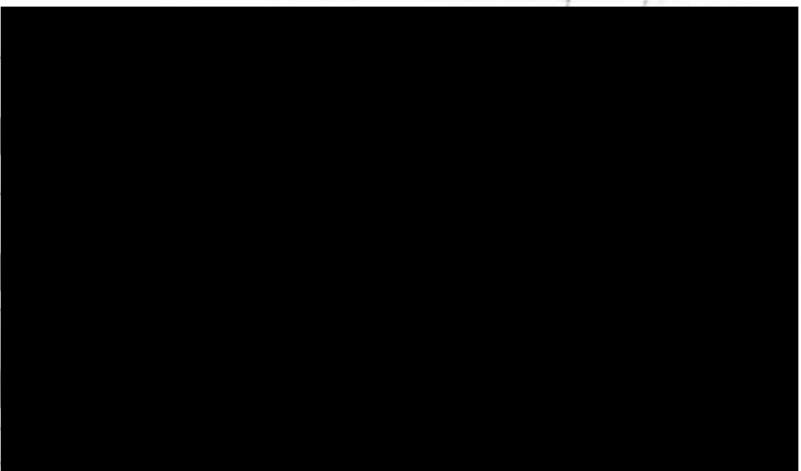
José Acuña
Nombre (nombre de la/el entrevistado)

Sólo si corresponde

Belen Lizama
Nombre Asistente de Cuidado

Anaís Navarrete
Nombre del Supervisor

16 Día Junio Mes 2025 Año



Realice la devolución de los resultados de la supervisión a la Asistente de Cuidado Supervisada. NO se debe realizar la devolución en los hogares de los beneficiarios.

Copia Fiel de original

SAD

IN SA 02

Acta de Supervisión



Red Local de Apoyos y Cuidados

55522.
ID Hogar

12 06 25
Dia Mes Año

Costanza Soto.
Nombre Asistente de Cuidado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno del Asistente → Planificada No Planificada

Entrevista a beneficiarios/as

Miguel Fuentes
En caso de entrevista a los beneficiarios, indicar nombre de la/el entrevistado

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe consignar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar algún ítem, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información ya que no aplica evaluar aquellos ítems.

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno a la Asistente	Entrevista a los beneficiarios
1	Normas administrativas y de presentación		
1.1	Cumple con la hora de entrada al domicilio	N/A	Si
1.2	Cumple con horario de salida del domicilio	N/A	Si
1.3	Tiene sus bitácoras al día	Si	N/A
1.4	Utiliza pelo tomado y ordenado	Si	N/A
1.5	Utiliza uñas cortas y sin esmalte	Si	N/A
1.6	Se presenta sin olor a tabaco en el domicilio	Si	N/A

Copie fiel de original

3.11	Se preocupa de observar lesiones cutáneas o en cavidades.	Si	Si
3.12	Realiza actos preventivos para el cuidado de la piel y prevención de úlceras por presión.	Si	N/A
3.13	Identifica riesgos en las actividades de movilidad o desplazamiento.	Si	N/A
3.14	Realiza técnica de movilización adecuadas según necesidad.	Si	Si
3.15	Evita movimientos bruscos e involuntarios.	Si	Si
4 Uso de materiales/herramientas de trabajo			
4.1	Utiliza la indumentaria.	Si	Si
4.2	Utiliza el material didáctico y de estimulación.	Si	Si
4.3	Utiliza los insumos del cuidado entregados.	Si	Si

Indique el total de alternativas Cumple y No Cumple por ámbito;

Nº	Ámbito	Cumple	No Cumple
1	Normas administrativas y de presentación	6	0
2	Normas del cuidado	17	0
3	Procedimientos	19	0
4	Uso de materiales/herramientas de trabajo	6	0

Silvia Fuentes
Nombre nombre de la/el entrevistado

Sólo si corresponde

Constanza Soto
Nombre Asistente de Cuidado

Anais Novameste
Nombre del Supervisor

16 06 2
Dia Mes



Copia fiel de original

SAD

IN SA 02

Acta de Supervisión



Red Local de Apoyos y Cuidados

28707
ID Hogar

09
Día

06
Mes

25
Año

Marie José Canero
Nombre Asistente de Cuidado

Modalidad supervisión

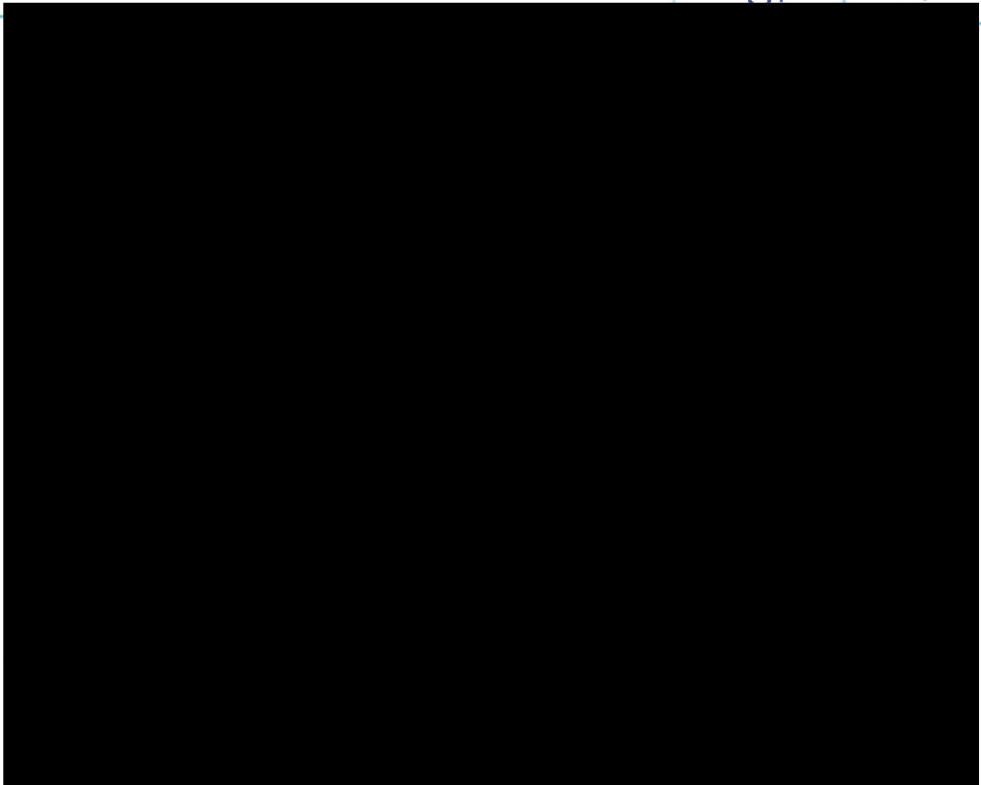
Supervisión en terreno del Asistente → Planificada No Planificada

Entrevista a beneficiarios/as

Carmen Godoy
En caso de entrevista a los beneficiarios, indicar nombre de la/el entrevistado

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe consignar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar algún ítem, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información ya que no aplica evaluar aquellos ítems.

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno a la Asistente	Entrevista a los beneficiarios
1	Normas administrativas y de presentación		
1.1	Cumple con la hora de entrada al domicilio	N/A	Si
1.2	Cumple con horario de salida del domicilio	N/A	Si
1.3	Tiene sus bitácoras al día	Si	N/A
1.4	Utiliza pelo tomado y ordenado	Si	N/A
1.5	Utiliza uñas cortas y sin esmalte	Si	N/A
1.6	Se presenta sin olor a tabaco en el domicilio	Si	N/A



3.11	Se preocupa de observar lesiones cutáneas o en cavidades.	Si	Si
3.12	Realiza actos preventivos para el cuidado de la piel y prevención de úlceras por presión.	Si	N/A
3.13	Identifica riesgos en las actividades de movilidad o desplazamiento.	Si	N/A
3.14	Realiza técnica de movilización adecuadas según necesidad.	Si	Si
3.15	Evita movimientos bruscos e involuntarios.	Si	Si
4	Uso de materiales/herramientas de trabajo		
4.1	Utiliza la indumentaria.	Si	Si
4.2	Utiliza el material didáctico y de estimulación.	Si	Si
4.3	Utiliza los insumos del cuidado entregados.	Si	Si

Indique el total de alternativas Cumple y No Cumple por ámbito;

Nº	Ámbito	Cumple	No Cumple
1	Normas administrativas y de presentación	6	0
2	Normas del cuidado	17	0
3	Procedimientos	19	0
4	Uso de materiales/herramientas de trabajo	6	0

Michett. Natta
Nombre (nombre de la/el entrevistado)
Sólo si corresponde

Patricia Cancino.
Nombre Asistente de Cuidado

Anais Nouvrette
Nombre del Supervisor

16. 06 20
Día Mes Año

Asistente de Cuidado Supervisada. NO se debe realizar la devolución en los hogares de los beneficiarios.

