



## INFORME DE PAGO MENSUAL ✓

**Funcionaria: Marcia Isabel Bahamondes Lizama.**

**Cargo: Coordinadora Servicios Especializados del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, PRLAC, Padre Hurtado.**

**Mes correspondiente: Abril 2026**

De acuerdo con la gestión encargada mediante contrato de honorarios suscrito con la Municipalidad de Padre Hurtado - Dirección de DIDECO se ha encomendado los siguientes cometidos para el año 2026:

### DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Coordinar, gestionar y liderar el proceso de adquisición y contratación de servicios especializados (servicios y especies).
- Administrar, gestionar y monitorear la entrega de servicios y especies.
- Implementar el Servicio Especializado, de acuerdo a sus orientaciones técnicas.
- Realizar el proceso de supervisión y aplicación de encuestas de satisfacción a beneficiarios/as.
- Apoyar en la elaboración del plan de cuidados de la diada y seguimiento a la trayectoria de los hogares.
- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.
- **Coordinar, gestionar y liderar el proceso de adquisición y contratación de servicios especializados (servicios y especies).**

Servicios Especializados (SS.EE.) desde el año 2024 cuenta con los siguientes profesionales: Monserrat Aballay Terapeuta Ocupacional; Camilo Donaire Kinesiólogo; Patricia Martínez Podóloga y especialista en Terapias complementarias; y en el año 2026 se incorpora Alison Arguello psicóloga; Macarena Moyano Kinesióloga.

- **Administrar, gestionar y monitorear la entrega de servicios y especies.**

Se realiza entrega de alimentación suplementaria y ayudas técnicas de acuerdo con las necesidades manifestadas por los usuarios. Se adjunta acta de entrega de insumos. La información es ingresada en plataforma Red Local de Apoyos y Cuidados de Mideso, de acuerdo con los nuevos antecedentes se ejecuta según horario acordado por el equipo y la diada intervenida para entregar el servicio disponible de SSEE.

- **Implementar el Servicio Especializado, de acuerdo a sus orientaciones técnicas.**

Se coordina y planifica las visitas a nuevos ingresos al programa se crea nueva ruta por segmentación geográfica y horarios de disponibilidad de la diada. Se entregó material impreso con el cual se trabajó en conjunto con asistentes de cuidados y los usuarios y/o cuidadores.



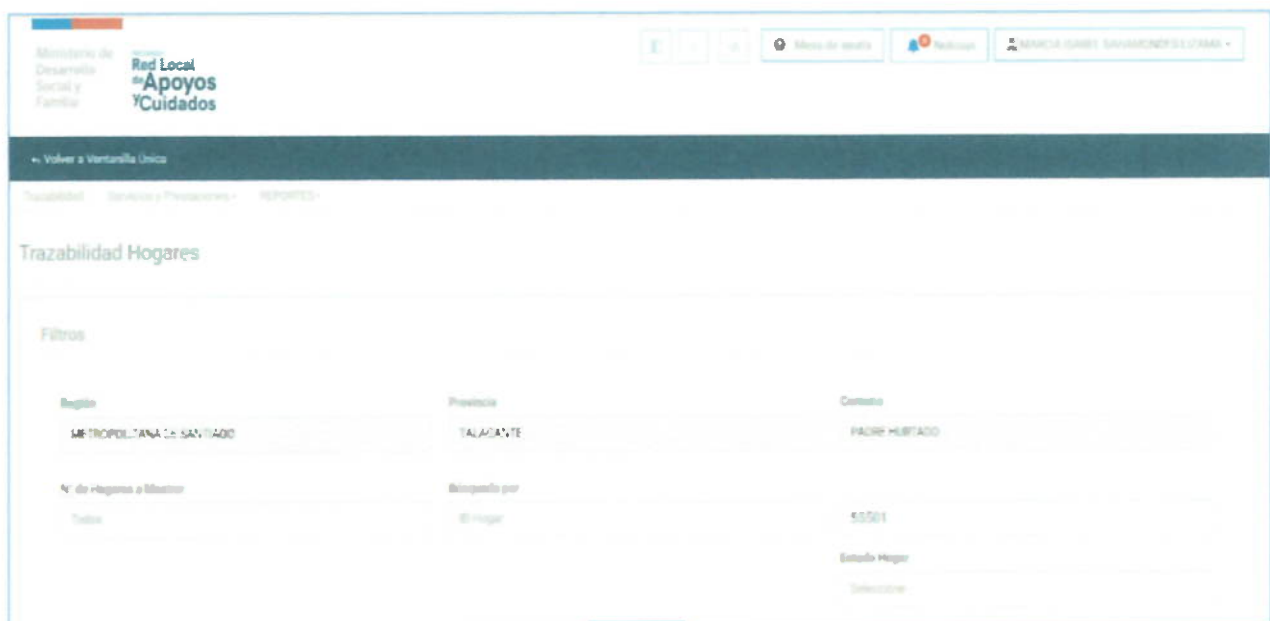
- Realizar el proceso de supervisión y aplicación de encuestas de satisfacción a beneficiarios/as.

Se realizan encuestas correspondientes al mes de abril, se adjuntan documentos. Las supervisiones se realizaron en el mes de marzo de acuerdo al cronograma del informe técnico, cumpliendo con los requerimientos y fechas establecidas por las orientaciones técnicas entregadas por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

- Apoyar en la elaboración del plan de cuidados de la diada y seguimiento a la trayectoria de los hogares.

Se realizan visitas de seguimiento en los hogares se recopila información y posteriormente se ingresan los datos recopilados en la plataforma de MIDESO.

### Plataforma Sistema Red Local de Apoyos y Cuidados



- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.

Se participa el 21 de abril en la conmemoración del día mundial del Parkinson realizada en casa Kaplan.





**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**





# PRLAC N°04.1

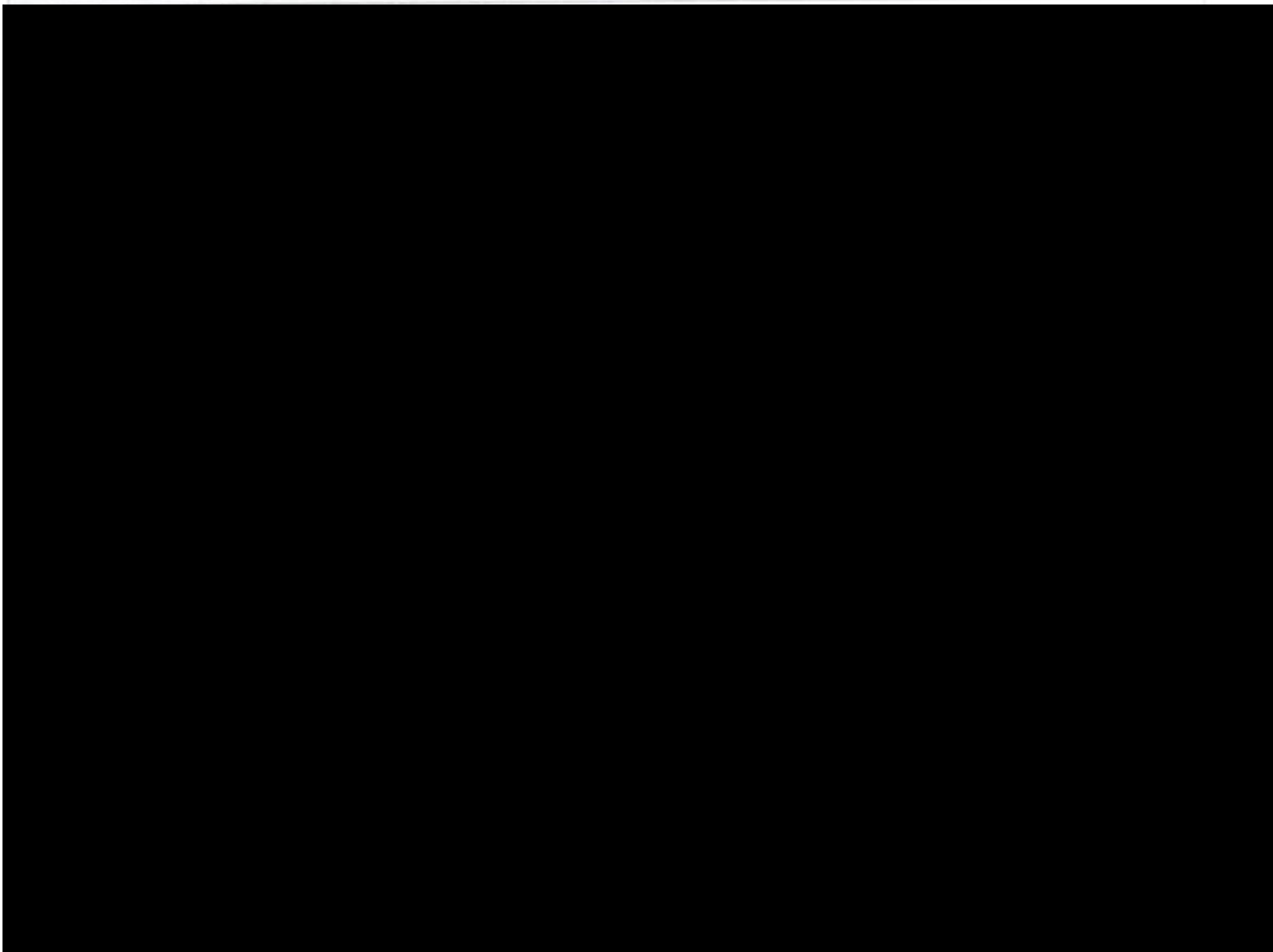
## Acta de Reunión

Fecha	17/04/26
Hora	14 <sup>00</sup> a 17 <sup>00</sup>
Comuna	Puerto Hortado
Lugar de realización	Carrera Melipilla 908, Oficina Kaplan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Miris Navarrete	Coordinadora SMO	
Yonina Rivera	A.C.	
Johnnny Mofis	A.C.	
Patricia Martínez R	A.C. - Tecnología	
Alison Arcelet	Psicóloga	
Nellen Rentería	A.C.	
Macarena Molano	kinesiólogo	
Andrés Refino	A.C.	
Marcos José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Montserrat Abadía Pizarro	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donato San Martín	kinesiólogo	
Constanza Soto	A.C.	
Marcela Bohannan Urrutia	coordinadora SS.EE	
Christopher Revels	gestor comunitario	
Herminio Le Quiñe	encargado Red PRLAC	



### Desarrollo





Red Local Apoyos y Cuidados



# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	08 Abril 2026
Hora	14:00
Comuna	Puerto Bustos
Lugar de realización	Casa Koplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Grimaldo Duarte	Investigador, PRLAC	
Macarena Moyano	Investigadora, PRLAC	
Alfonso Mejillo	Psicólogo, PRLAC	
Konstantin Abalbay Pilcote	Terapeuta ocupacional	

N°	Temas a tratar en reunión
	Planificación visita nuevos ingresos
	Geolocalización rutas



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

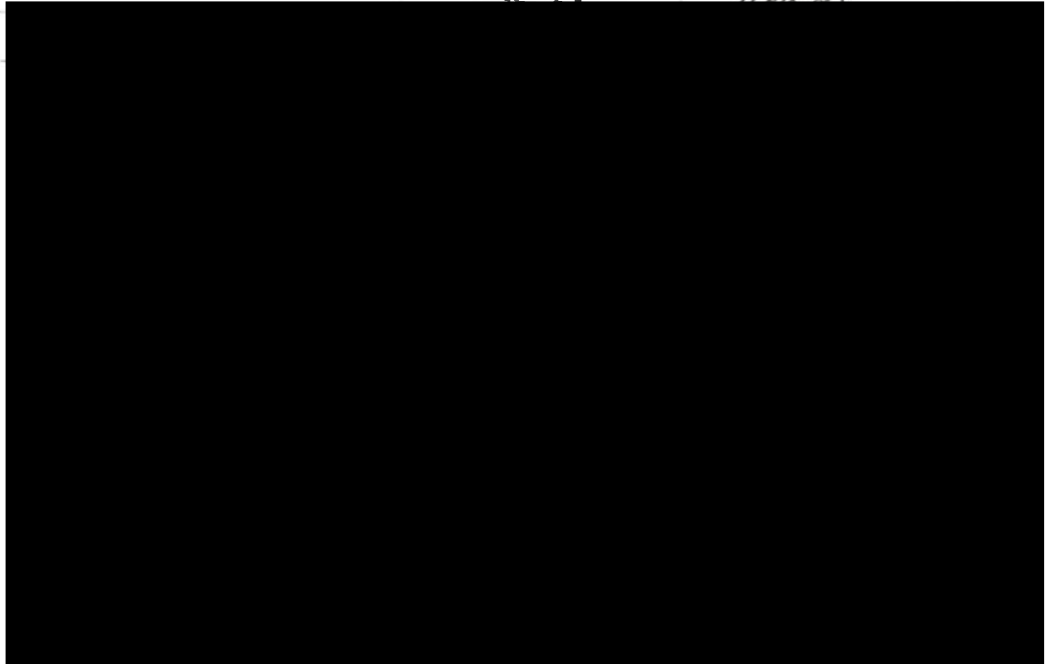


## PRLAC N°04.1




### Acta de Reunión



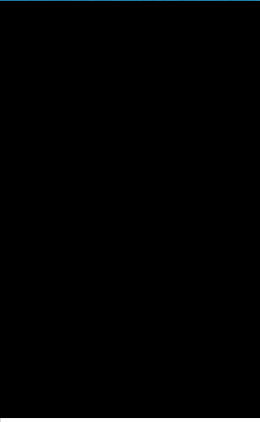
N°	Acuerdos/ compromisos	Responsable	Plazos
	Reunificación	Coordinadora SS.EE.	Abri/.
	Centralización de datos	SS.EE.	Abri/.
	Gestión de cursos.	Coordinadora SS.EE.	Abri/ Mayo



**ACTA DE SUPERVISIÓN EN TERRENO: RED LOCAL DE APOYOS Y CUIDADOS**

<b>FECHA</b>	08 de abril del 2026			  
<b>HORA INICIO</b>	09:30	<b>HORA TÉRMINO</b>	14:00	
<b>COMUNA</b>	Padre Hurtado			
<b>UBICACIÓN</b>	Camino Melipilla N°908, casa Kaplan			
<b>OBJETIVO</b>	1era Supervisión en terreno a la convocatoria 2025 del PRLAC de Padre Hurtado			

**PARTICIPANTES**

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN	FIRMA
Hernán Le Quesne	Encargado de la Red Local de Apoyos y Cuidados.	Municipalidad de Padre Hurtado	
Cristopher Morales	Gestor Comunitario	Municipalidad de Padre Hurtado	
Maria Bahamondes	Coordinadora SSEE	Municipalidad de Padre Hurtado	
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	Municipalidad de Padre Hurtado	
Alejandra Leiva	Analista PRLAC	SEREMI RM	

N°	ACUERDOS / COMPROMISOS	RESPONSABLE(S)	PLAZO
1	Informar nuevas profesionales de la coordinación SAD y SSEE	Ejecutor	Convocatoria 2025
2	Mantener informados de los talleres a realizar por parte de la gestión comunitaria	Ejecutor	Convocatoria 2025
3	Actualizar e ir ingresando informaciones e informar intendencias		
4	Ingresar informes técnicos y rendiciones		
5			

### OBSERVACIONES Y NUDOS CRÍTICOS

#### Composición del equipo:

Las coordinadoras SAD y SSEE se encuentran en periodo de embarazo y el retiro de ambas profesionales será durante el mes de julio, encargado gestionará profesionales que replacen a la coordinación de SAD y SSEE.

#### Trabajo de Nomina:

Nomina central: 200 diadas se encuentra finalizada, solo falta por ingresar de la nómina local 38 diadas.

#### Nudos Críticos:

Plataforma, tienen dificultades en planes de cuidados, envían ticket a mesa de ayuda, pero, es lenta la respuesta, cuando presenten una dificultad en plataforma, se solicita enviar correo analista a cargo. Respecto a la nueva convocatoria sobre cargan a los equipos.

Por parte de nómina central, respecto a la búsqueda de los usuarios consideran que ha sido pérdida de tiempo, ya que, no encuentran a los usuarios informados en la nómina central, 200 usuarios asignados a la nomina central, solo 38 usuarios fueron destinadas para el programa, ya que, no concordaban: número, direcciones, personas leves, TEA grado 1.

#### Espacio físico del equipo

Se encuentran conformes con el espacio físico en que se encuentran actualmente, durante el año 2023 sufrieron un robo, pero, ahora funciona en optima condiciones, con mayor seguridad, también, colocaran una caja fuerte para guardar los notebooks de los profesionales.

Aumentar ocupa SAD.

Disgusto del equipo, reciben el reclamo de las familias.

Solicitan una persona que sea apoyo administrativo.

### ANTECEDENTES GENERALES DE LA CONVOCATORIA PRLAC 2025

COBERTURA TOTAL CONVOCATORIA	225	COBERTURA ACTIVA	133	TOTAL DE EGRESOS / TÉRMINOS	7
N° TOTAL DE INTEGRANTES DEL EQUIPO	16	N° DE ASISTENTES DEL CUIDADO ACTIVAS	8	N° DE PROFESIONALES SSEE ACTIVOS	5
N° DE DIADAS ACTIVAS EN SAD	59	N° DE DIADAS ACTIVAS EN SSEE	122	N° DE DIADAS EN SEGUIMIENTO	12
N° DE DIADAS CON SAD SUSPENDIDO	1	N° DE DIADAS CON ALGUN SSEE SUSPENDIDO	0	LISTA DE ESPERA PARA INGRESAR AL PRLAC	15

### ESTADO DE AVANCE EN LA GESTIÓN COMUNITARIA

#### ¿En qué etapa de la Gestión Comunitaria se encuentran actualmente?

Gestor Comunitario:

En el mes de mayo se realizarán talleres de sensibilización, dirigidos a niños y niñas, metodología de impacto.

Actividades dentro del programa discapacidad.

Gestor comunitario coordina con profesionales de SAD, para que puedan asistir las cuidadoras principales a los talleres.

## REVISIÓN DE CARPETAS

Para efectuar la revisión de carpetas de usuarios del PRLAC, se debe considerar que la actual estructura documental del programa comprende documentos de uso particular y transversal, es decir, que pueden o no ser almacenadas en las carpetas de las diadas beneficiarias, según sea el caso.

Entonces, para facilitar la realización e interpretación de la revisión documental, se define la siguiente nomenclatura de formatos a aplicar, así como las denominaciones del estado de cumplimiento:

Documentos Transversales	Clasificación del grado de cumplimiento
Se trata de aquellos formatos utilizados a nivel de coordinación hacia profesionales SSEE o Asistentes del Cuidado -como actas de entrega de material o supervisiones-, así como aquellos que tienen que ver con reuniones de Red Local, capacitaciones, acciones de Gestión Comunitaria orientadas a la comunidad, entre otras. Se distinguen de los demás documentos porque corresponden a ámbitos del trabajo que no atañen a una sola diada en particular.	<p><b>CUMPLE:</b> El ejecutor aplicó íntegramente el formato o instrumento, con la periodicidad y los plazos que se indica en las orientaciones técnicas (OOTT).</p> <p><b>PARCIAL:</b> No hay cumplimiento pleno en la frecuencia y/o plazos que se detallan en las OOTT. Dependiendo del caso, se levanta un compromiso para regularizar.</p> <p><b>INCUMPLE:</b> No se aplica el formato o instrumento. Se debe levantar un compromiso para regularizar.</p>
Documentos de la Diada	<p><b>EN PLAZO:</b> Los procesos propios de la implementación comprenden plazos que aún no se cumplen para que se pueda exigir la aplicación del formato / instrumento.</p> <p><b>NO APLICA:</b> En vista de los compromisos asumidos o de la situación puntual de la diada analizada, no corresponde la aplicación del formato / instrumento.</p>
Son los instrumentos que el equipo de coordinación, los respectivos Gestores/as de Caso, o Profesional / Asistente del Cuidado interviniente aplican en los domicilios de diadas beneficiarias, y que tienen directa relación con la intervención desarrollada para ellas.	

Respecto a lo anterior, acerca de los "Documentos de la Diada", cabe señalar que NO todos los documentos enlistados necesariamente se presentarán en las carpetas de cada beneficiario, sino que su incorporación depende exclusivamente de los compromisos asumidos en el Plan de Cuidados y los sucesivos Planes de Apoyo, Intervención o de Trabajo Comunitario para la Diada, según corresponda.

Señalado lo anterior, se procede a detallar los ID de Hogar -asignados por la plataforma de Registro y Monitoreo- y los Nombre de Hogar -según quién tenga la jefatura de hogar en la Cartola de RSH- de cada una de las 10 carpetas por revisar en la presente:

N°	Nombre Hogar	ID Hogar
01	Melgarejo Jofré	70180
02	Rafael San Martín	18643
03	Carlos Soto	55500
04	Manuel Faundez	80401
05	Jose Moris	19383

N°	Nombre Hogar	ID Hogar
06	Gladys Andrade	44340
07	Dora Acuña	201637
08	Maite Sepulveda	128213
09	Marcela Zuñiga	70200
10	Herman Ortiz	55520

**NOTA:** La distribución de carpetas por revisar debe considerar al menos 7 diadas activas, recomendándose la revisión de al menos 3 carpetas correspondientes a beneficiarios que figuren con un término de al menos tres meses previos a la instancia de supervisión. En el caso de comunas nuevas, no será exigida la revisión de carpetas con egresos / términos.

Documento Transversal	Código	Resultado
<b>Plan de Cuidados (PC): Gestión de Red</b>		
FORMALIZACIÓN DE LA RED	N/A	CUMPLE
ACTAS REUNIÓN DE RED	RLAC N°3	CUMPLE
REGISTRO DE FORMACIÓN	N/A	CUMPLE

Documento Transversal	Código	Resultado
<b>Plan de Cuidados (PC): Gestión Comunitaria</b>		
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	GC N°01	CUMPLE
PLAN GESTIÓN COMUNITARIA	GC N°03	CUMPLE
ENCUESTA DE EVALUACIÓN	GC N°04	CUMPLE

Nombre de componente / Documentos de la Diada	Código	Diada N°01	Diada N°02	Diada N°03	Diada N°04	Diada N°05
<b>Plan de Cuidados (PC)</b>						
CONSENTIMIENTO INFORMADO	PC N°03	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
INSTRUMENTO DE (RE)VALIDACIÓN	PC N°06	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
PLAN DE CUIDADOS	PC N°08	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
ACTUALIZACIÓN PLAN DE CUIDADOS	PC N°09	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	No Aplica
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	PC N°16	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
TÉRMINO O SUSPENSIÓN	PC N°18	No Aplica	Cumple	No Aplica	No Aplica	Cumple
DERIVACIONES (FUD)	PC N°14	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
REGISTRO DE INCIDENCIAS	PC N°17	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
INFORME FINAL O DE EGRESO	PC N°19	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Cumple
<b>Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)</b>						
PLAN DE APOYO	PC N°11	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
COMPROMISO PARTICIPACIÓN	SAD N°05	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
REGISTRO DE CAMPO	PC N°11	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
<b>Servicios Especializados (SSEE)</b>						
PROFUNDIZACIÓN DIAGNÓSTICA	SSEE N°05	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
ANTECEDENTES SOCIAL / SALUD	SSEE N°04	Cumple	No Aplica	Cumple	Cumple	No Aplica
PLAN DE INTERVENCIÓN	PC N°11	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
ACTA DE ENTREGA SSEE	SSEE N°01	No Aplica	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
REGISTRO DE CAMPO	PC N°11	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
EVALUACIÓN DE ADAPTA	SSEE N°3.1	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
AUTORIZACIÓN DE ADAPTA	SSEE N°3.2	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
RECEPCIÓN DE ADAPTA	SSEE N°3.3	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
INFORME FINAL DEL USUARIO	PC N°11	No Aplica	No Aplica	Cumple	Cumple	Cumple
<b>Gestión Comunitaria</b>						
DIAGNÓSTICO DE DIADAS	GC N°02	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Nombre de componente / Documento revisado	Código	Diada N°06	Diada N°07	Diada N°08	Diada N°09	Diada N°10
<b>Plan de Cuidados (PC)</b>						
CONSENTIMIENTO INFORMADO	PC N°03	Incumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
INSTRUMENTO DE (RE)VALIDACIÓN	PC N°06	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
PLAN DE CUIDADOS	PC N°08	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
ACTUALIZACIÓN PLAN DE CUIDADOS	PC N°09	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	PC N°16	Cumple	No Aplica	Cumple	Cumple	Cumple
TÉRMINO O SUSPENSIÓN	PC N°18	Cumple	No Aplica	Cumple	Cumple	Cumple
DERIVACIONES (FUD)	PC N°14	No Aplica	Cumple	Cumple	No Aplica	No Aplica
REGISTRO DE INCIDENCIAS	PC N°17	No Aplica	No Aplica	Cumple	No Aplica	No Aplica
INFORME FINAL O DE EGRESO	PC N°19	Cumple	No Aplica	Cumple	No Aplica	No Aplica
<b>Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)</b>						
PLAN DE APOYO	PC N°11	No Aplica	Cumple	No Aplica	Cumple	Cumple
COMPROMISO PARTICIPACIÓN	SAD N°05	No Aplica	Cumple	No Aplica	Cumple	Cumple
REGISTRO DE CAMPO	PC N°11	No Aplica	Cumple	No Aplica	Cumple	Cumple
<b>Servicios Especializados (SSEE)</b>						
PROFUNDIZACIÓN DIAGNÓSTICA	SSEE N°05	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
ANTECEDENTES SOCIAL / SALUD	SSEE N°04	No Aplica	Cumple	No Aplica	Cumple	Cumple
PLAN DE INTERVENCIÓN	PC N°11	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
ACTA DE ENTREGA SSEE	SSEE N°01	Cumple	Cumple	Cumple	No Aplica	Cumple
REGISTRO DE CAMPO	PC N°11	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF  
Roxalva Martínez

Nombre CP  
Roxalva Martínez

ID Hogar

1105

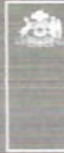
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		
1	02/04 2023	Alcun S.	Vivalite.	3	Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica	Nombre y firma de quien recibe	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica	Nombre y firma de quien recibe	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica	Nombre y firma de quien recibe	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica por  
\*Por este  
adquirido

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



Ministerio de  
Desarrollo  
Social y  
Familia

PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Colaboración de Chile

Nombre PSDF  
*Repesteño Pizarro*

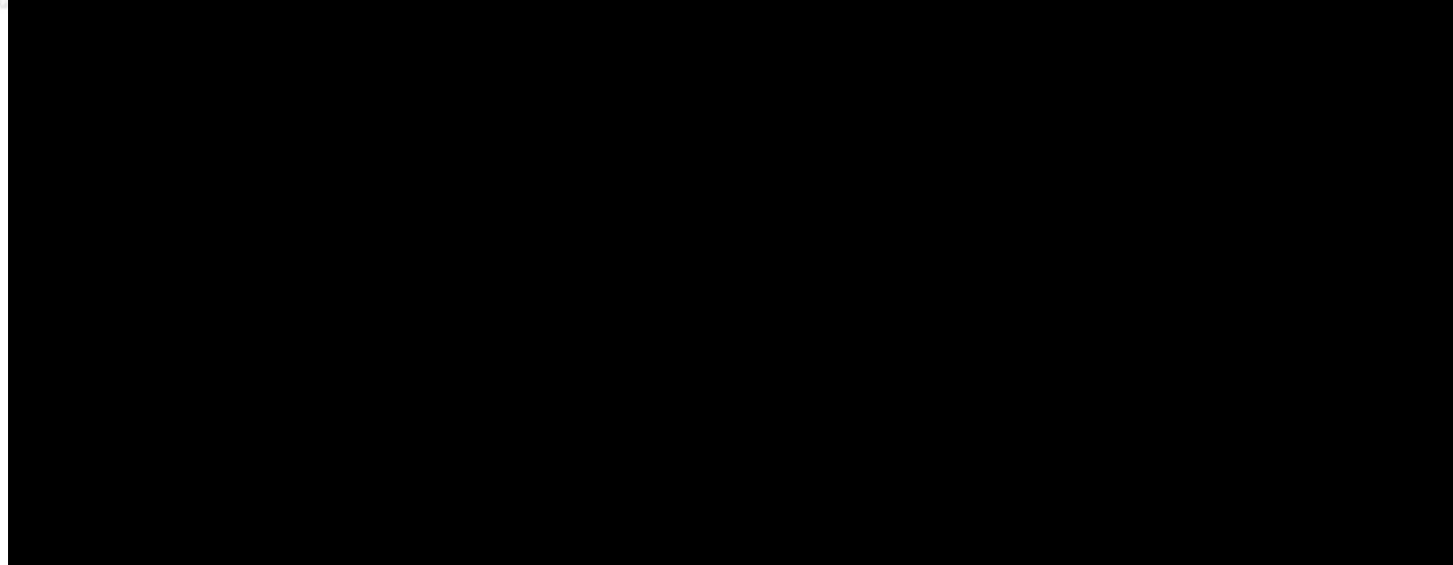
Nombre CP  
*Jacqueline Aburto*

ID Hogar



N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
1	02/09 2020	Alim. Sup.	Uivadite	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos.  
 \*Este documento es válido por 12 meses.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Tomio Vazquez

Nombre PSDF

Maseia Valdivia

Nombre CP

ID Hogar

44343

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
3	02/01 2026	Alimen. Sup.	Vitalite	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cambiar y utilizar los bienes adquiridos.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

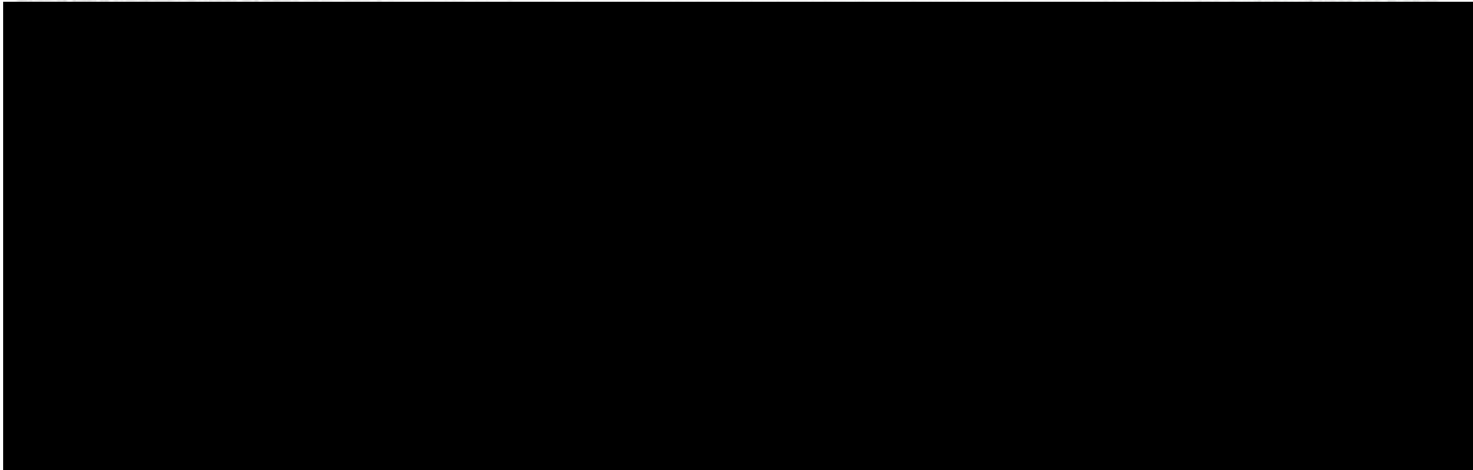
ORIGINAL

Nombre PSDF: Luis Velásquez  
Nombre CP: M<sup>o</sup> Auxilio Velásquez

ID Hogar: 44334

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
3	08/04 2026	Alicia exp.	Vivolite	1	/		
					Si		
					Si		
					Si		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

\*Única para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL San Ignacio 440

Rosa Espinoza

Nombre PSDF

Guillermo Laver

Nombre CP

ID Hogar

18401

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
1	02/04 2020	Alimen. dep.	Vivalite	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este documento se comprometo del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados al producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Ministerio de Desarrollo Social y Familia

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL Pje. Volcan Colbuco 682

Joaquín Ostiz

Nombre PSDF

Luz Pérez

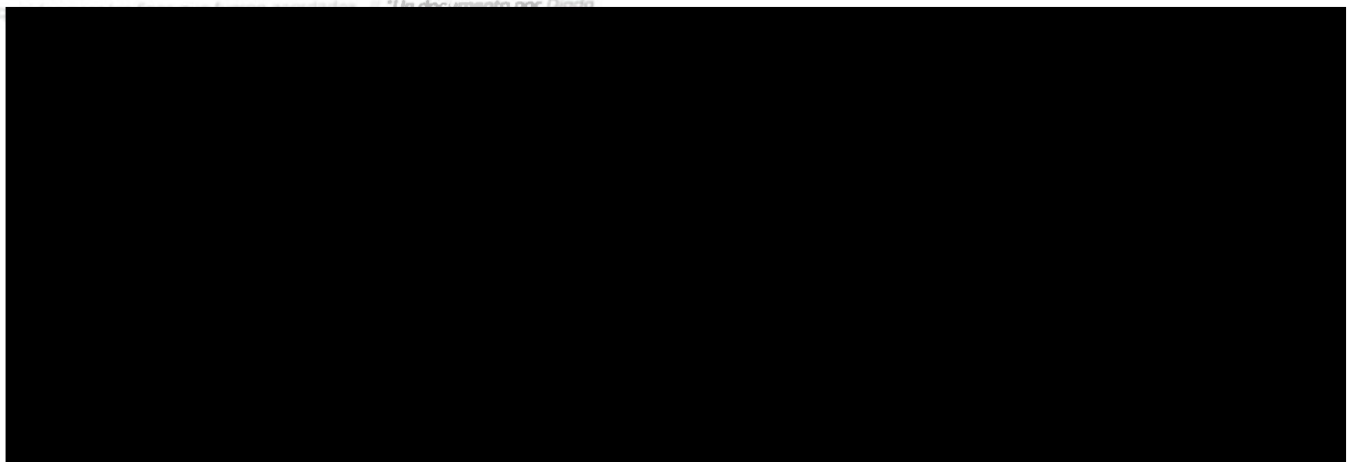
Nombre CP

ID Hogar

11109

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
1.	02/04 2026	Alum. sep.	Vivodite	2	Si	[Redacted]	[Redacted]
					Si		
					Si		
					Si		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes ad-



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

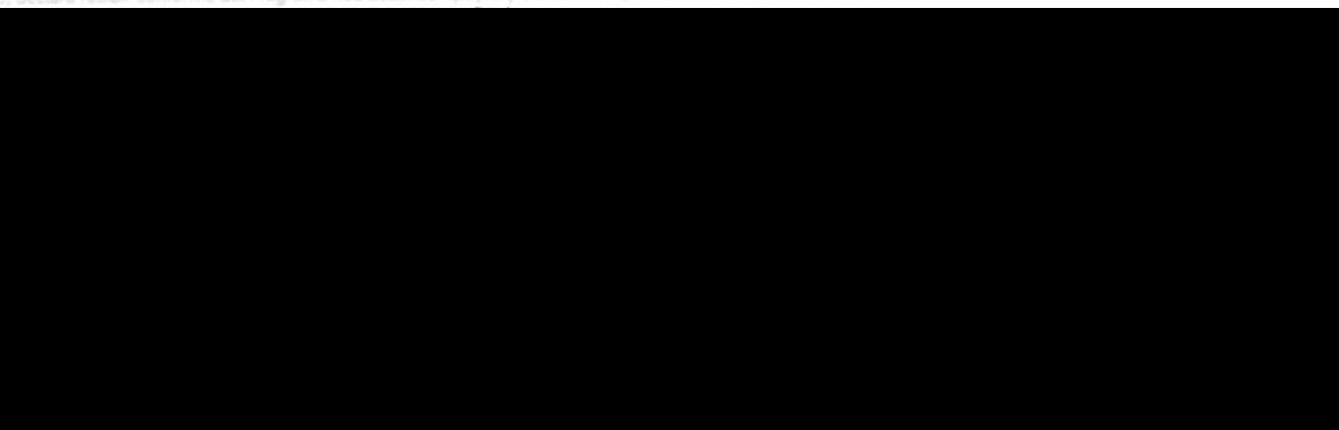
ORIGINAL Bosque Tejo N° 1210

Nombre PSDF: Javier Jaramil  
Nombre CP: Beatriz Pesante

ID Hogar: 48321

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
2.	02/04 2020	Alim Sep.	Vivalite.	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos.



**SSEE**  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

Gobierno de Chile

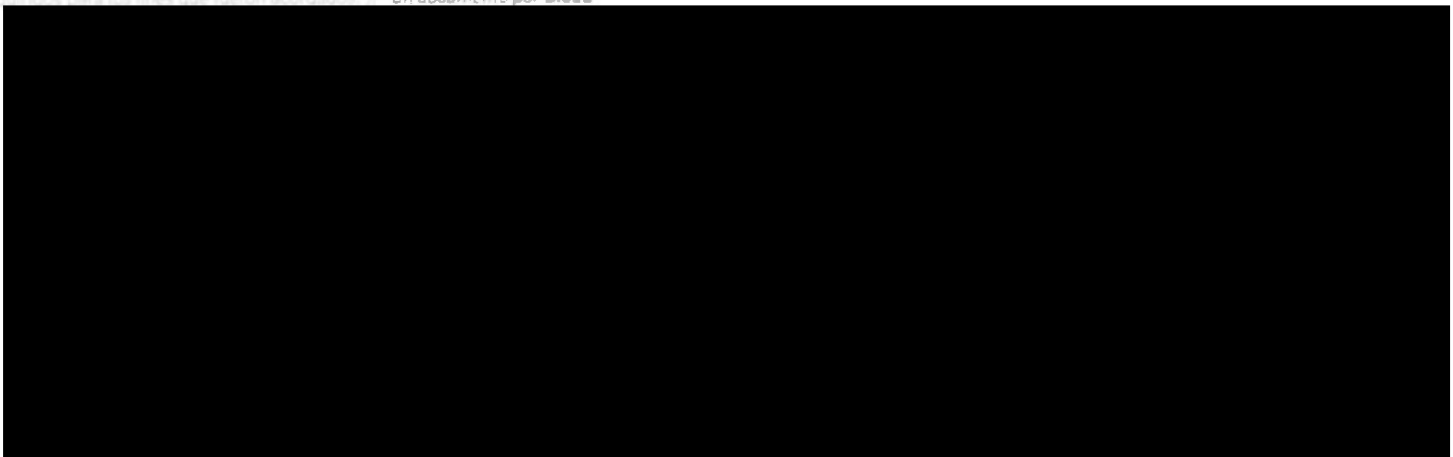
ORIGINAL *Mónica Elena Torres 755*

*Alicia Lopez*  
Nombre PSDF  
Nombre CP

ID Hogar  
*18621*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
<i>2</i>	<i>02/04 2020</i>	<i>Alim. Sepd.</i>	<i>Vivolite</i>	<i>2</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Red Local de Apoyos Y Cuidados

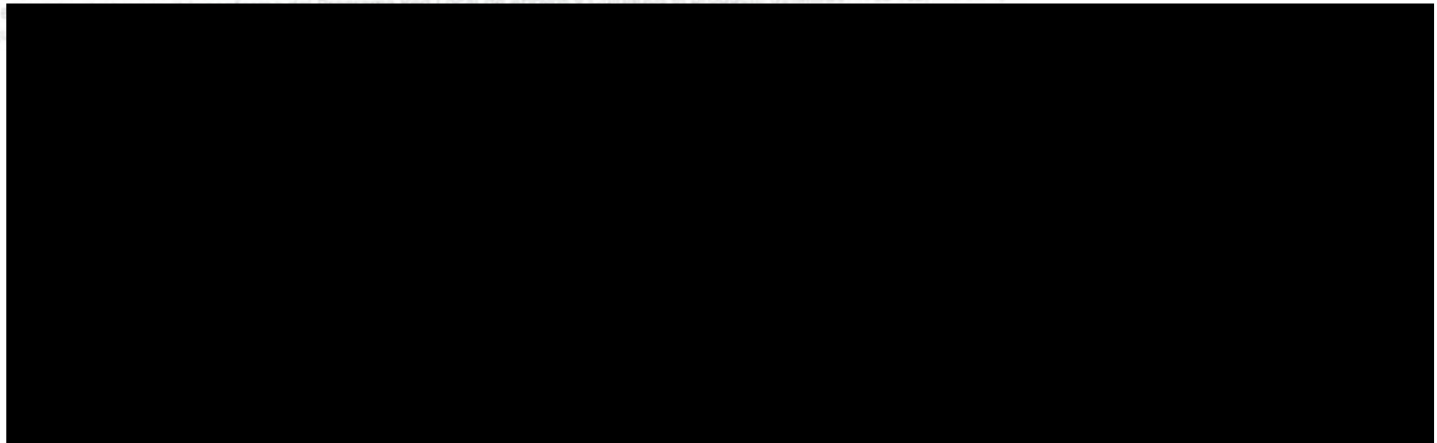
ORIGINAL Gustavo Valdez T18 / 512

Nombre PSDF: Lidia Jaquez  
Nombre CP: Lidia Jaquez

ID Hogar: 123456

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
1	02/04	Alim. dep.	Vivalite	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por el uso de los bienes y servicios al producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: Cristian Venegas  
Nombre CP: Juan Espel.

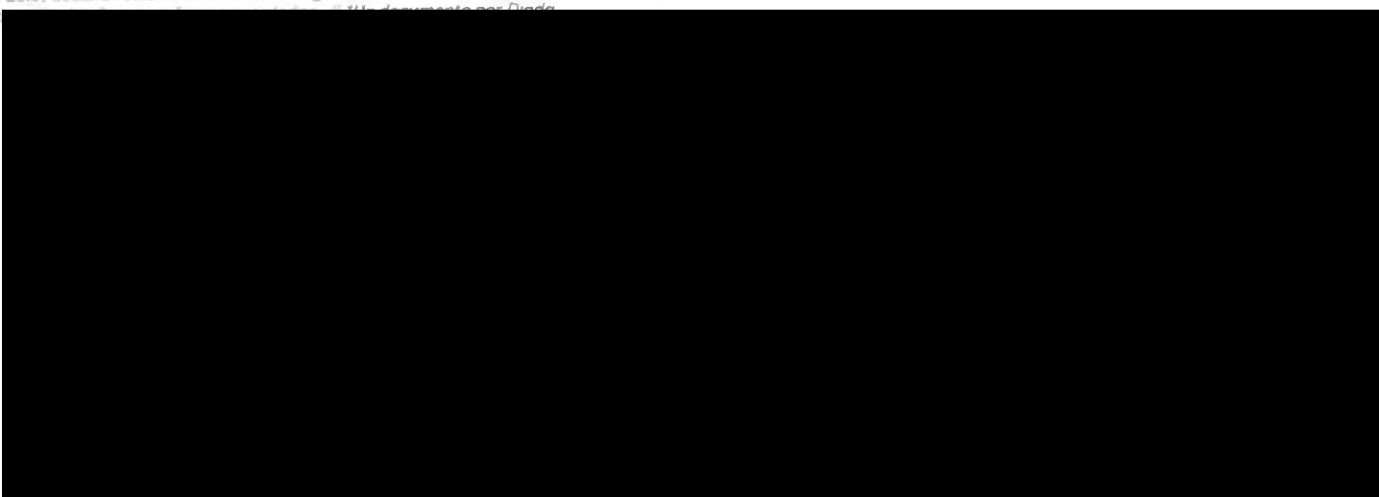
ID Hogar

11321

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
2	02/04 2026	Uivalite.	Alim. Sup.	3			[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos. Este documento es válido.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Juan Bautista  
Nombre PSDF  
Gabriela Anigade  
Nombre CP

ID Hogar  
(62742)

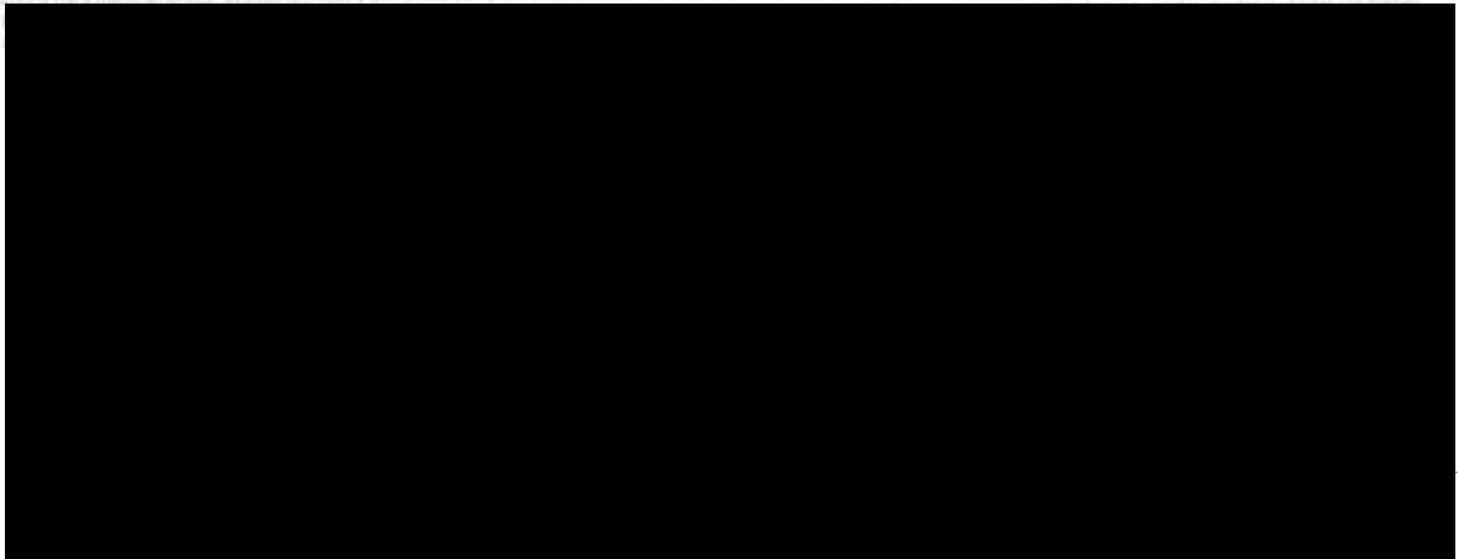
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>	Nombre y firma de quien recepciona
1	16/09 2026	uc. Postátil	Asfendos	1	Si	
					Si	
					Si	
					Si	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>	Nombre y firma de quien recepciona
					Si No	Nombre y firma de quien entrega
					Si No	
					Si No	
					Si No	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>	Nombre y firma de quien recepciona
					Si No	Nombre y firma de quien entrega
					Si No	
					Si No	
					Si No	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>	Nombre y firma de quien recepciona
					Si No	Nombre y firma de quien entrega
					Si No	
					Si No	
					Si No	

<sup>1</sup> Verificar para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Teobaldo Alvarado

ID Hogar

Nombre PSDF

Ana Osellauer

10181

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
2	02/09 2026	Alim. Supl.	Vivalite.	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

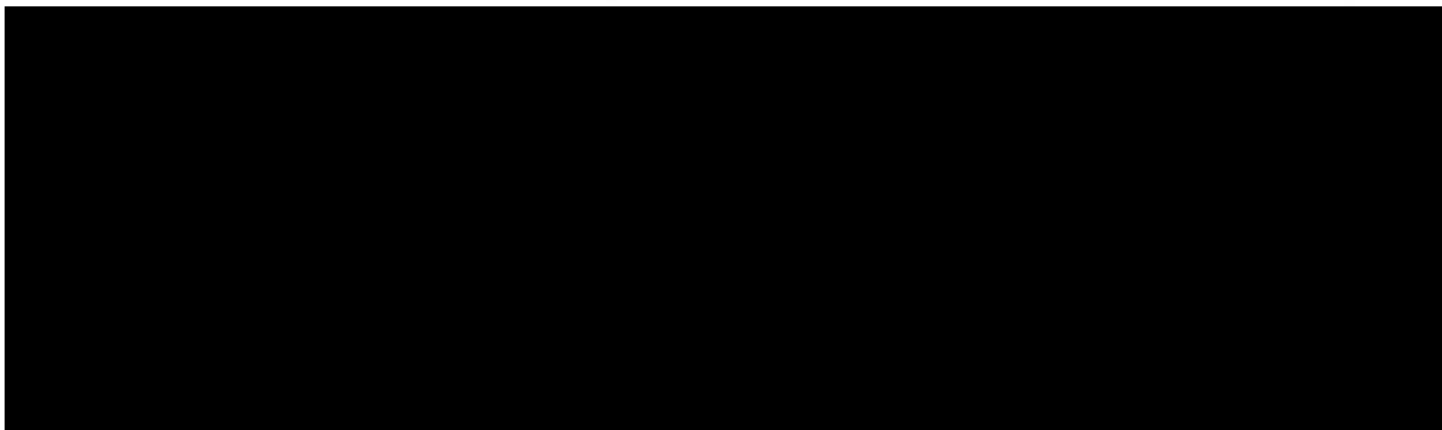
ORIGINAL

Nombre #SDF: *Josee Fuentes*  
Nombre CP: *Rosealina Salas*

ID Hogar: *4800*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>		Nombre y firma de quien recepciona
1	02/09 2026	wa. Postafil.	Estándar	1	Si		
		Borra	Mediana	1	Si		
					Si		
					Si		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

<sup>1</sup>Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF  
*Brianda González*

ID Hogar

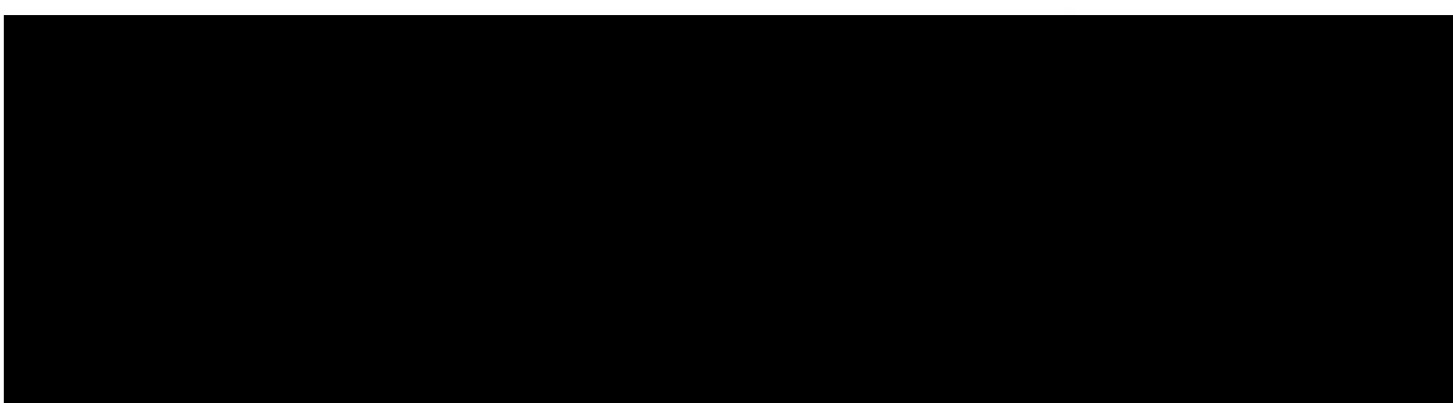
Nombre CP  
*Soledad*

44322

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica <sup>1</sup>		Nombre y firma de quien recibe
1	16/04 2026	Alim. sepl.	livalite.	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

<sup>1</sup> Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Diada



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Rocio Apablaza

Nombre PSDF

Miriam Cisternas

Nombre CP

ID Hogar

109112

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
1	15/04 2026	Caldón Aut.	Osteomulas	1		Si	
						Si	
						Si	
						Si	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
							Nombre y firma de quien entrega
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
							Nombre y firma de quien entrega
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
							Nombre y firma de quien entrega

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



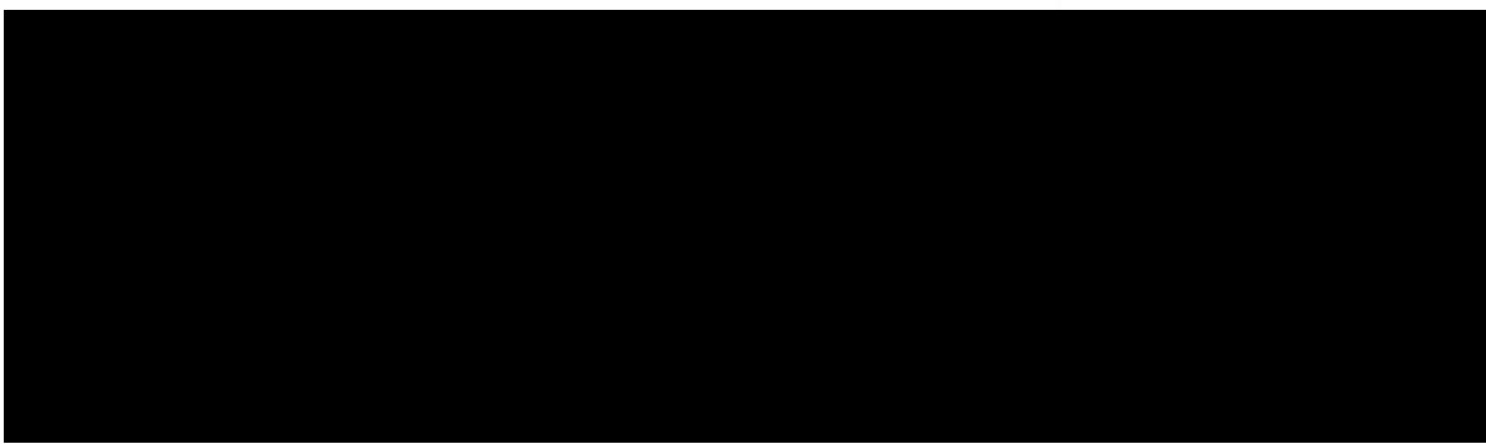
PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF	Elsa Florey	ID Hogar
Nombre CP	José Tamayo	201625

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
1	02/09 2026	Banco de Lejos	Estándares	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día





SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

*Docio Apablaza*  
Nombre PSDF  
*Tiziana Cisternas*  
Nombre CP

ID Hogar  
*107112*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
1	16/04 2022	WC. Portátil	Estándar	1			
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
							Nombre y firma de quien entrega
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
							Nombre y firma de quien entrega
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
							Nombre y firma de quien entrega

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, ceder y utilizar los bienes adquiridos para fines que no sean aquellos contemplados en el documento que suscribe.



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL Pje. El Roble. 1548

Nombre PSDF *Laura Alfaro*

Nombre CP *Luis Rosero*

ID Hogar

*131300*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción	Nombre y firma de quien recibe
<i>1</i>	<i>02/04 2020</i>	<i>Borsa dejeción</i>	<i>60 unidades</i>	<i>1</i>		

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados los insumos, materiales, ayudas técnicas y alimentos complementarios adquiridos por...

PC

IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

ORIGINAL

10082  
ID Hogar

PSDF  CP   
Quién Participó

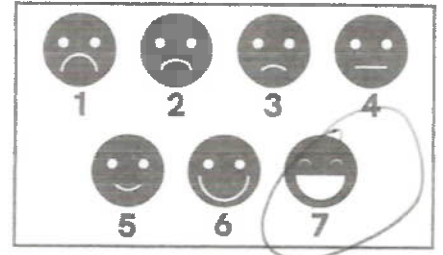
06  
Día

04  
Mes

20  
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?

- SAD       Nutrición       Terapia Ocupacional       Psicología  
 Kinesiología       Fonoaudiología       Podología       Peluquería  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

**Ayudas Técnicas**

- Bastón
- Andador
- Silla de rueda estándar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portátil
- Confección ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

**Adaptaciones**

- Nivelación pisos
- Receptáculo baño
- Pasamanos pasillos
- Rampas de acceso
- Ampliación puertas

**Aseo personal**

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Pañales y/o sabanillas

- Jabon / jabon gel
- Peine adaptado

**Artículos de cuidado**

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

**Indumentaria usuario/a**

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

**Alimentación complementaria**

- Suplementos Alimenticios

**Aseo vivienda/hogar**

- Limpia pisos
- Mopa o escobillón
- Paños de limpieza
- Desinfectante y cloro

**Equipamiento vivienda/hogar**

- Implementos de cocina
- Mobiliario con escotaduras
- Ropa de cama
- Colchón

Otro \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**Observaciones**

Usuaría y CP. en buenas condiciones

**Valoración**

SAD	—
Promedio SS.EE*	7

PC

IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos Y Cuidados**

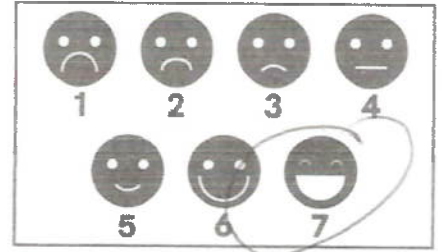
ORIGINAL

11109	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
ID Hogar	Quien Participó	

02	04	26
Día	Mes	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 type="checkbox"/> SAD                     | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input type="checkbox"/> Podología           | <input type="checkbox"/> Peluquería |
| <input type="checkbox"/> Otro _____              |   |  |                                     |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

**Ayudas Técnicas**

- Bastón
- Andador
- Silla de rueda estandar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portatil
- Confeccion ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

**Adaptaciones**

- Nivelación pisos
- Receptáculo baño
- Pasamanos pasillos
- Rampas de acceso
- Ampliación puertas

**Aseo personal**

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Panales y/o sabanillas

- Jabon / jabon gel
- Peine adaptado

**Artículos de cuidado**

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

**Indumentaria usuario/a**

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

**Alimentación complementaria**

- Suplementos Alimenticios

**Aseo vivienda/hogar**

- Limpia pisos
- Mopa o escobillón
- Panos de limpieza
- Desinfectante y cloro

**Equipamiento vivienda/hogar**

- Implementos de cocina
- Mobiliario con escotaduras
- Ropa de cama
- Colchón

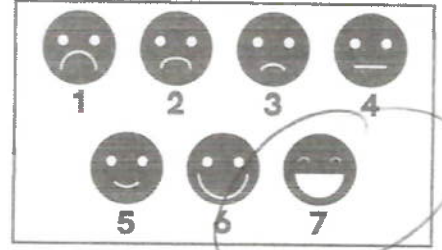
- |                                     |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|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



18621 ID Hogar	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
02 Día	04 Mes
	26 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 type="checkbox"/> SAD                     | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input checked="" type="checkbox"/> Podología           | <input type="checkbox"/> Peluquería            |
| <input type="checkbox"/> Otro _____              |   |   |  |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

**Ayudas Técnicas**

- Bastón
- Andador
- Silla de rueda estandar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portátil
- Confección ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

**Adaptaciones**

- Nivelacion pisos
- Receptaculo baño
- Pasamanos pasillos
- Rampas de acceso
- Ampliación puertas

**Aseo personal**

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Pañales y/o sábanillas

Jabón / jabón gel

Peine adaptado

**Artículos de cuidado**

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

**Indumentaria usuario/a**

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

**Alimentación complementaria**

Suplementos Alimenticios

**Aseo vivienda/hogar**

- Limpia pisos
- Mopa o escobillón
- Paños de limpieza
- Desinfectante y cloro

**Equipamiento vivienda/hogar**

- Implementos de cocina
- Mobiliario con escotaduras
- Ropa de cama
- Colchón

Otro \_\_\_\_\_     Otro \_\_\_\_\_     Otro \_\_\_\_\_     Otro \_\_\_\_\_

PC

IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usuaría



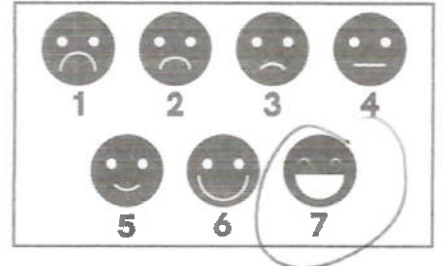
PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Asisti CP ORIGINAL

44322 ID Hogar	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> Quién Participó	
02 Día	Abril Mes	2026 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 type="checkbox"/> SAD                     | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional  | <input type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input checked="" type="checkbox"/> Podología | <input type="checkbox"/> Peluquería |
| <input type="checkbox"/> Otro _____              |   |   |                                     |

## ¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

### Ayudas Técnicas

- Bastón
- Andador
- Silla de rueda estandar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portatil
- Confeccion ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

### Adaptaciones

- Nivelacion pisos
- Receptaculo baño
- Pasamanos pasillos
- Rampas de acceso
- Ampliación puertas
- Aseo personal**
- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Pañales y/o sabanillas

- Jabón / jabón gel
- Peine adaptado

### Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodon
- Alcohol
- Cremas antiescaras

### Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

### Alimentación complementaria

- Suplementos Alimenticios

### Aseo vivienda/hogar

- Limpia pisos
- Mopa o escobillon
- Paños de limpieza
- Desinfectante y cloro

### Equipamiento vivienda/hogar

- Implementos de cocina
- Mobiliario con escotaduras
- Ropa de cama
- Colchón

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



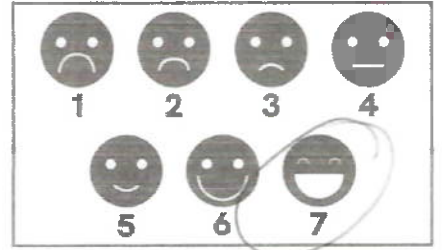


19261	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
ID Hogar	Quién Participó	

06	04	26
Día	Mes	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 type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/> Psicología
<input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input checked="" type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input type="checkbox"/> Otro _____			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

<b>Ayudas Técnicas</b>	<b>Adaptaciones</b>	<input type="checkbox"/> Jabon / jabón gel	<b>Alimentación complementaria</b>
<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	<b>Artículos de cuidado</b>	<b>Aseo vivienda/hogar</b>
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estándar	<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 escobillon
<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	<b>Aseo personal</b>	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	<b>Indumentaria usuario/a</b>	<b>Equipamiento vivienda/hogar</b>
<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"/> Confeccion ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras
<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 sabanillas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchon
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

