



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

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: ABRIL 2026

Cometidos solicitados según contrato:

- Reclutamiento y selección de las asistentes de cuidado.
- Organizar reuniones mensuales y gestionar los procesos de formación continua de las
- asistentes de cuidado.
- Mantener actualizada la plataforma PRLAC
- Asistencia en reuniones y capacitaciones de MDSF.
- Aplicación de encuestas de satisfacción y supervisiones.
- Administración y gestión del recurso humano SAD

- **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
- ❖ Hellen Fuentes

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

Durante el mes de abril de 2026 no se ejecutaron capacitaciones formales por parte del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. No obstante, el cometido se dio cumplimiento a través de la realización de reuniones técnicas de equipo del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD),



Se organizaron reuniones con fechas 25 y 27 de marzo y 01, 08, 10, 15, 17 de abril de 2026.

Se adjunta acta de reunión.

- **Mantener actualizada la plataforma PRLAC**

Cometido en ejecución permanente. Se mantiene el registro y monitoreo de atenciones, cobertura y gestión del programa mediante la plataforma del MIDESO, permitiendo la trazabilidad y supervisión del servicio.

- **Asistencia en reuniones y capacitaciones de MDSF..**

En el mes de abril de 2026 no se realizaron capacitaciones por parte del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO/MDSF). Se mantiene disponibilidad y participación activa de la coordinación comunal para asistir a las instancias de coordinación, capacitación y lineamientos técnicos que sean convocados por el nivel central o regional del programa.

Asimismo, se deja constancia de la acta de supervisión en terreno realizada por Alejandra Leiva, analista PRLAC, con fecha 08 de abril de 2026, como parte de los procesos de seguimiento y acompañamiento técnico del programa.

Se adjunta acta de reunión.

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

Durante el mes de abril de 2026, este cometido se ejecutó de manera parcial.

En terreno se realizó:

7 Encuesta de satisfacción al usuario/a del Servicio de Atención Domiciliaria.

2 Actualización de Plan de Cuidados, conforme a evaluación de situación actual y necesidades detectadas.

2 Compromiso de participación.

Se adjunta Documentos.



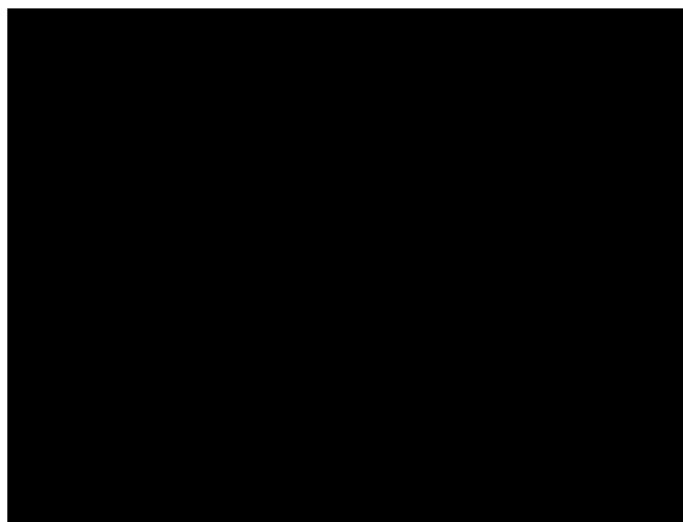
DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

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

Cometido en ejecución permanente, coordinando horarios, distribución de usuarios, supervisión de funciones, movilización del equipo y apoyo operativo a las asistentes de cuidado.





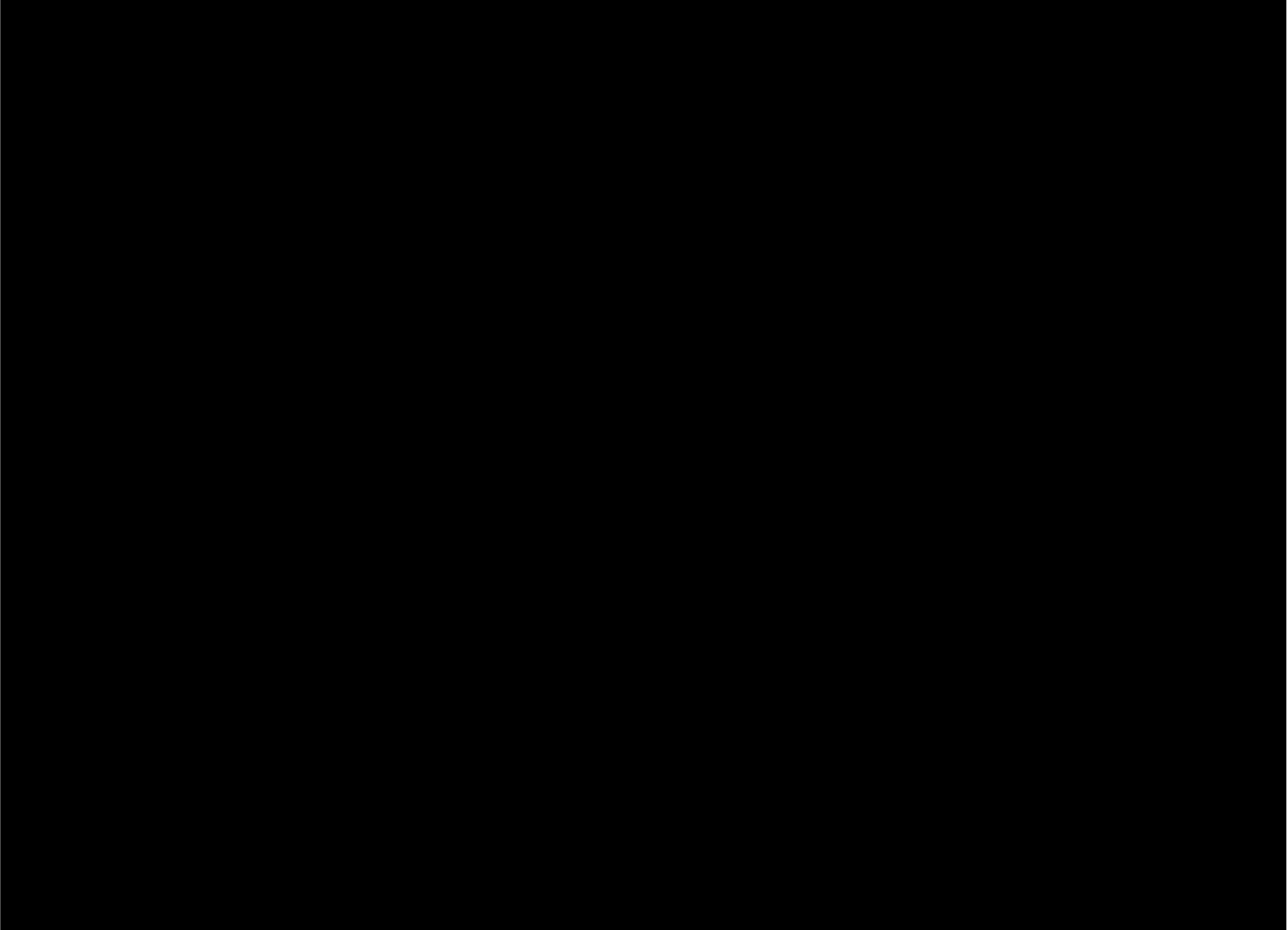
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	25/03/2026.
Hora	14 ^h a 17 ^h
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan Carino Melipal 908.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Valente	coordinadora SAI	[Redacted]
Nellen Fuentes	A.C	[Redacted]
John Nivia Rojas	A.C	[Redacted]
Constanza Gonzalez	A.C	[Redacted]
Yonila Vivera	A.C	[Redacted]
Alondra Rojas	A.C	[Redacted]
Rosa Jose Cavazos	A.C	[Redacted]
Ritvia Martinez R	A.C - Pedagogía	[Redacted]
Constanza Soto	A.C	[Redacted]

Desarrollo



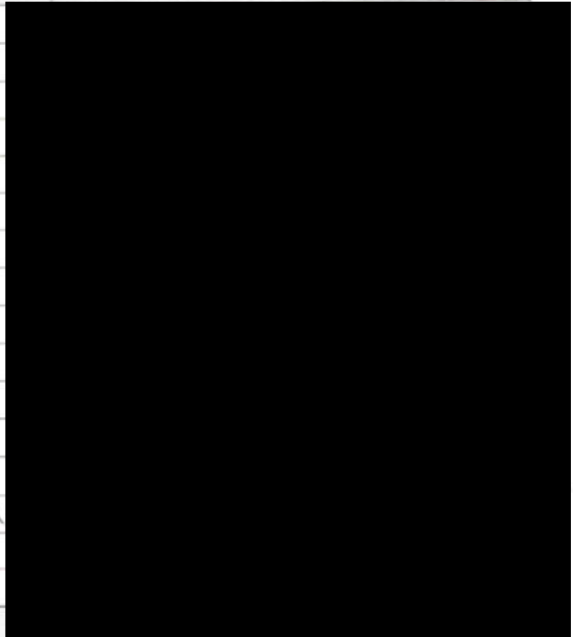


PRLAC N°04.1

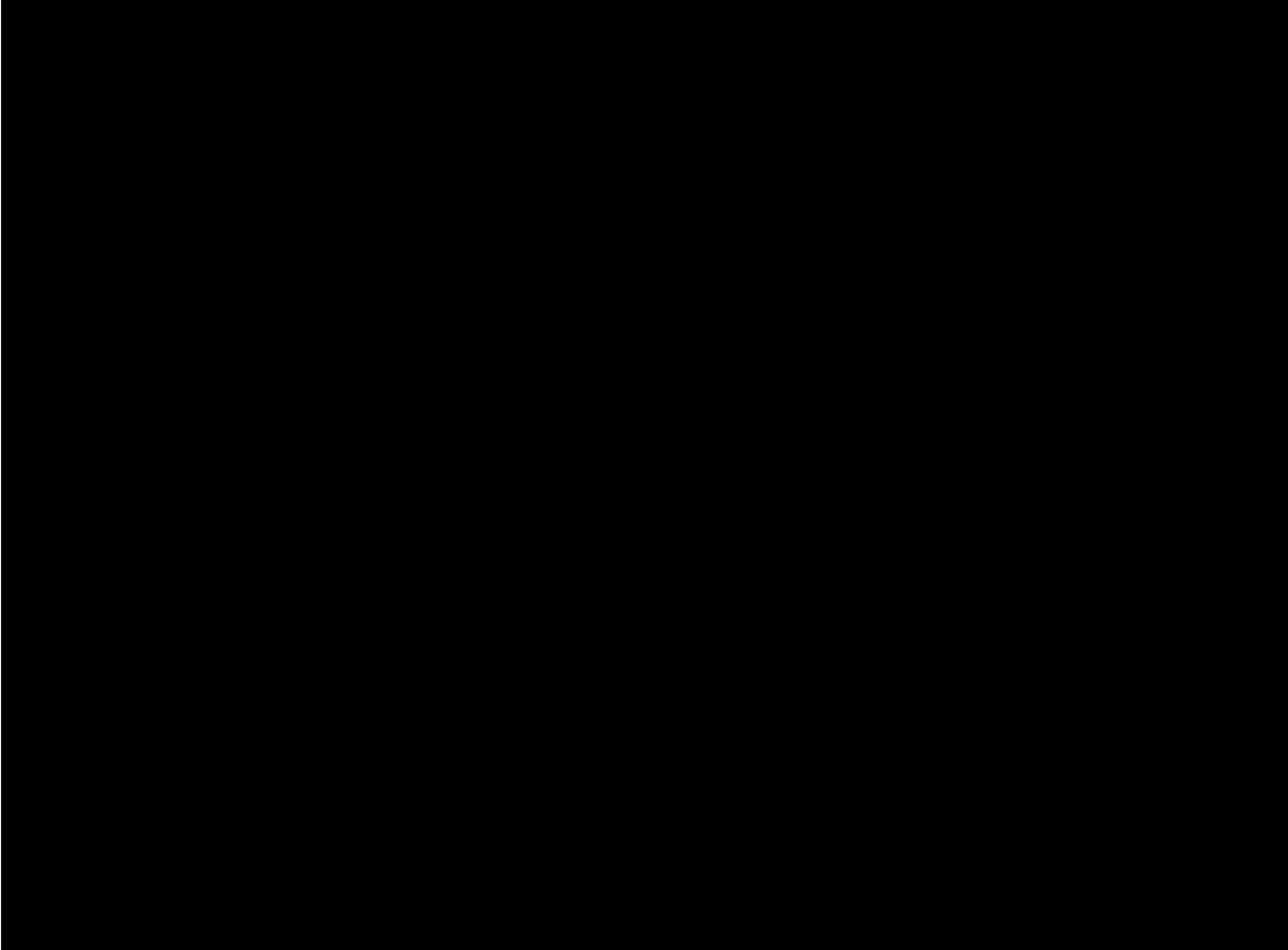
Acta de Reunión

Fecha	27/03/2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Comuna Delipalle P.O. Oficina Vepan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Rivera	A.C	
Schenna Curtis	A.C	
Hellen Fuentes	A.C	
Christopher Rondes	Oficial Coordinador	
Maria Canedo	A.C	
Alondra Alfaro	A.C	
Constanza Gomez	A.C	
Constanza Soto	A.C	
Raquel Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Peterson Matus	A.C - Psicóloga	
Alisar Nieto	Psicóloga	
Macarena Moyano	Kinesiólogo	
Mariela Abailay Pilarte	Terapeuta Ocupacional	
Barbara Donato Juván	Terapeuta Ocupacional	
Hernán Le Guesne	Encargado PRLAC	



Desarrollo





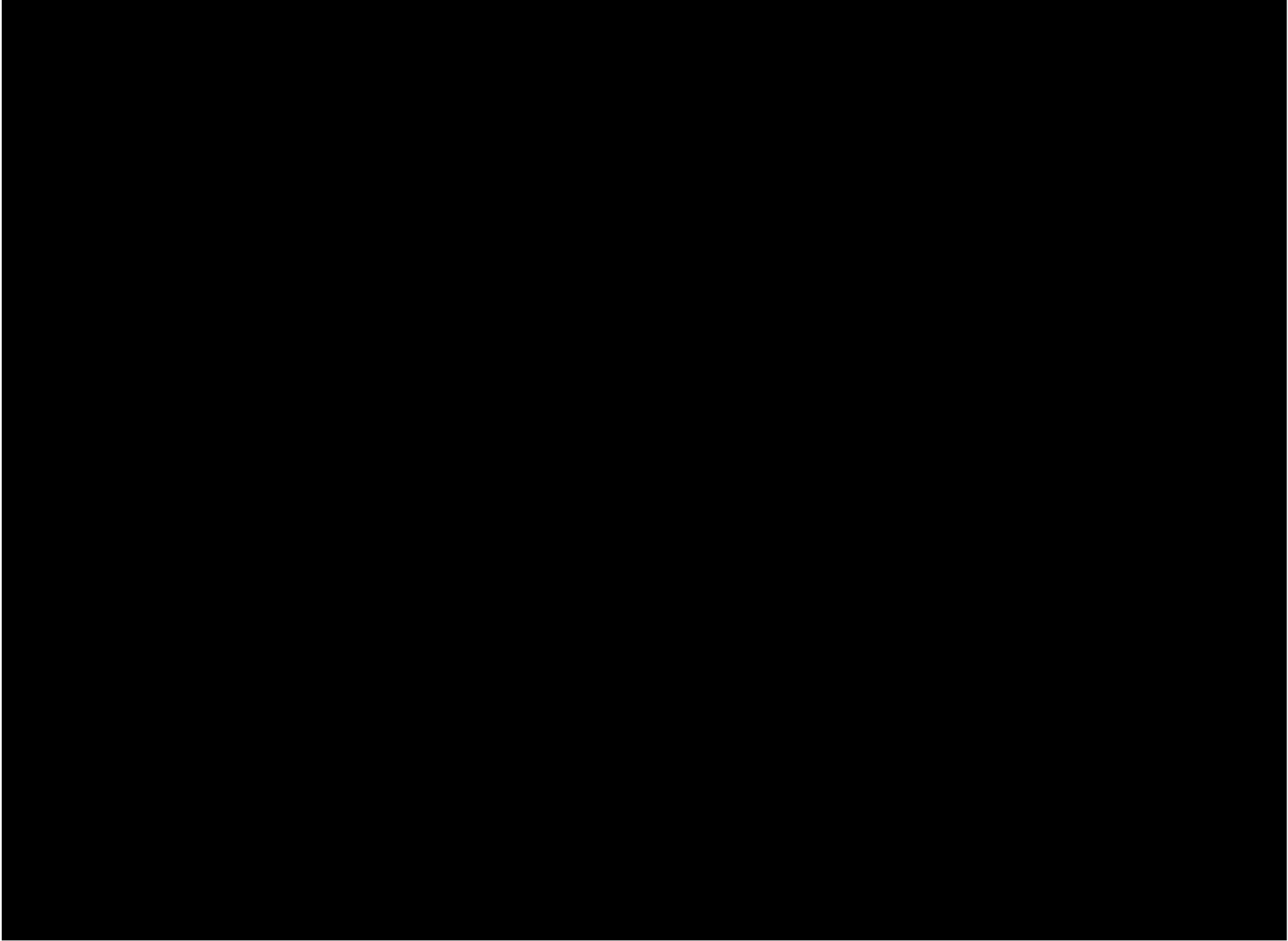
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	01/04/26
Hora	14 ⁰⁰ e 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carino Relipita 908 Cose Koplam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANITA Navarrete	Coordinadora SAM	[Redacted]
Tereza Montoya R	A.C - Tada Lga	
Abandía hefoo	A.C	
Clarie Jose Cavazos	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
JOHANNA Mutis	O.C	
Mónica Pérez	A.C	
Hellen Ramirez	A.C	
CONSTANZA Soto	A.C	

Desarrollo





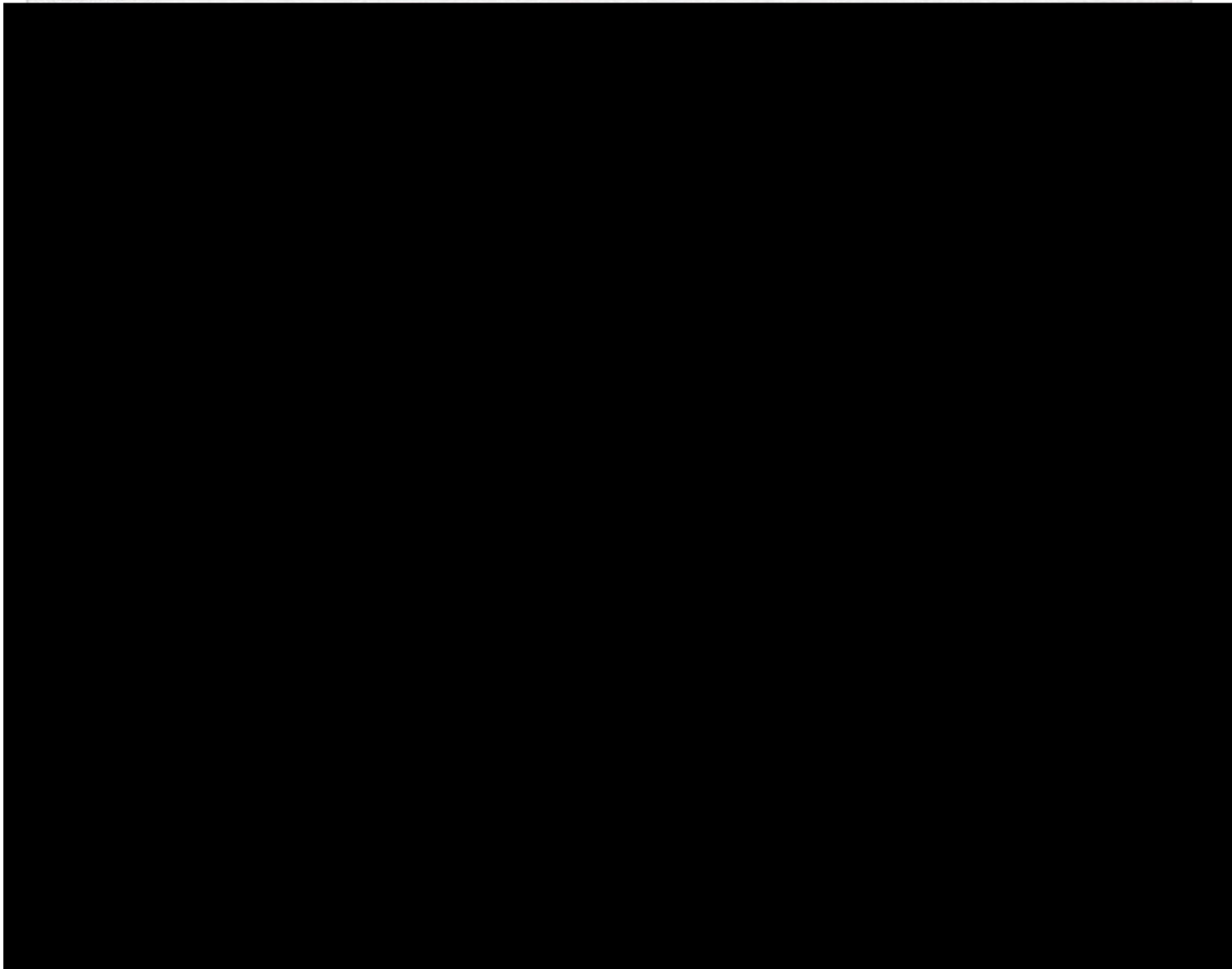
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	08/04/26
Hora	14 ⁰⁰ e 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carretera Melipilla 908 Casa Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria Navarrete	Coordinadora SD	
Alondra Lefeo	A.C.	
Hellen Cuente	A.C.	
Johnyana Hurtado	O.C.	
Patricia Martínez R.	A.C. - Pabellón	
Carla Jofre Colmenares	A.C.	
Toniela Rivera	O.C.	
Constanza González	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

Desarrollo





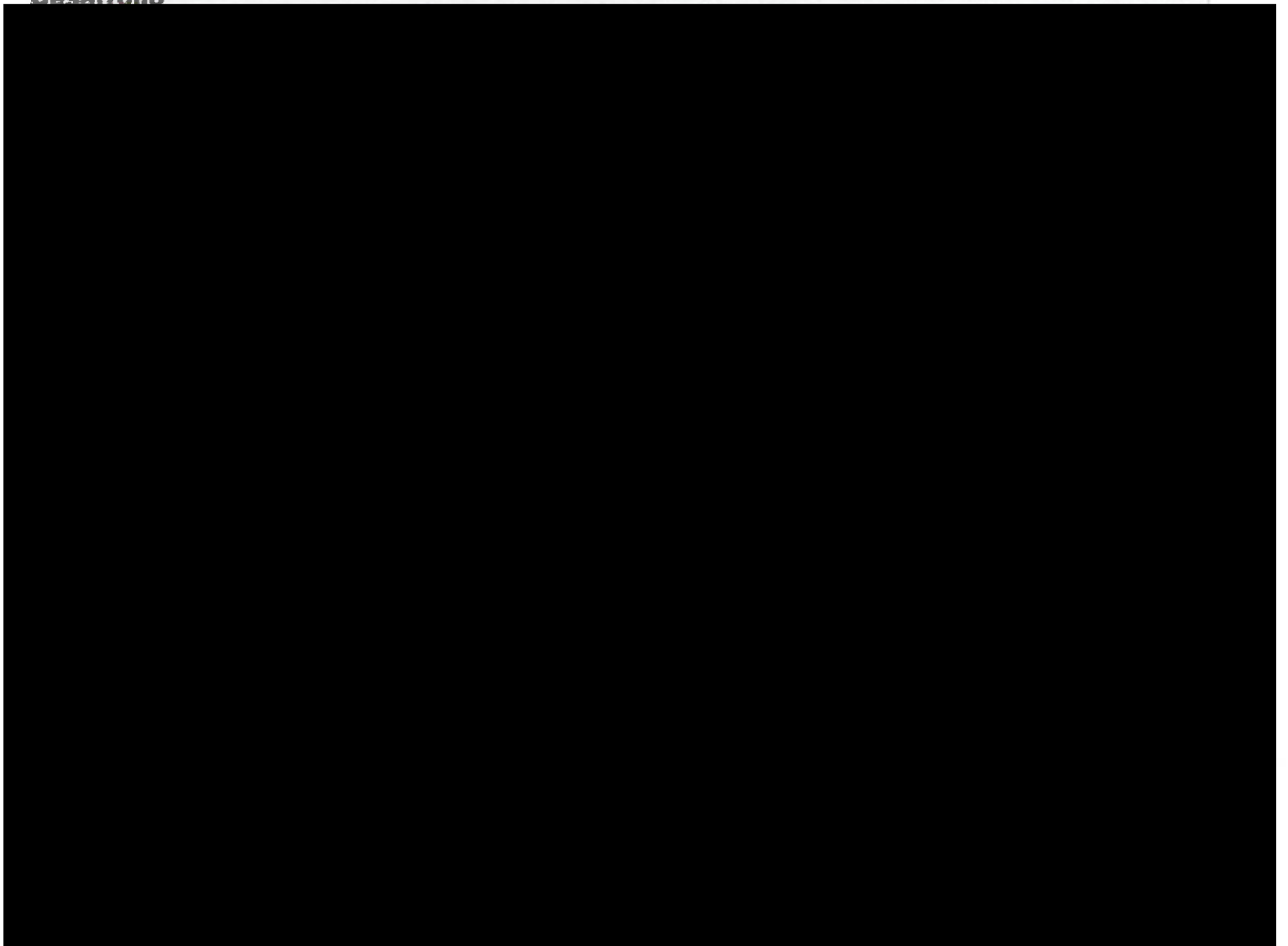
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	10/04/26
Hora	14:00 e 17:00
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Carino Relipilla 408, OFCine Koplam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAI	
María José Caucho	A.C	
Petrona Montoya R	A.C - Psicóloga	
Hellen Fuente	A.C	
Constanza González	A.C	
María Rivera	A.C	
Johanna Huerta	A.C	
Alondra Hefano	A.C	
Constanza Soto	A.C	

Desarrollo



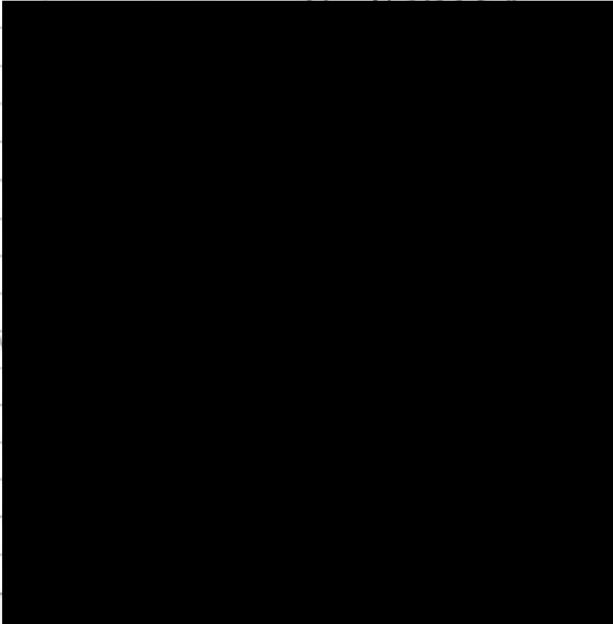


PRLAC N°04.1

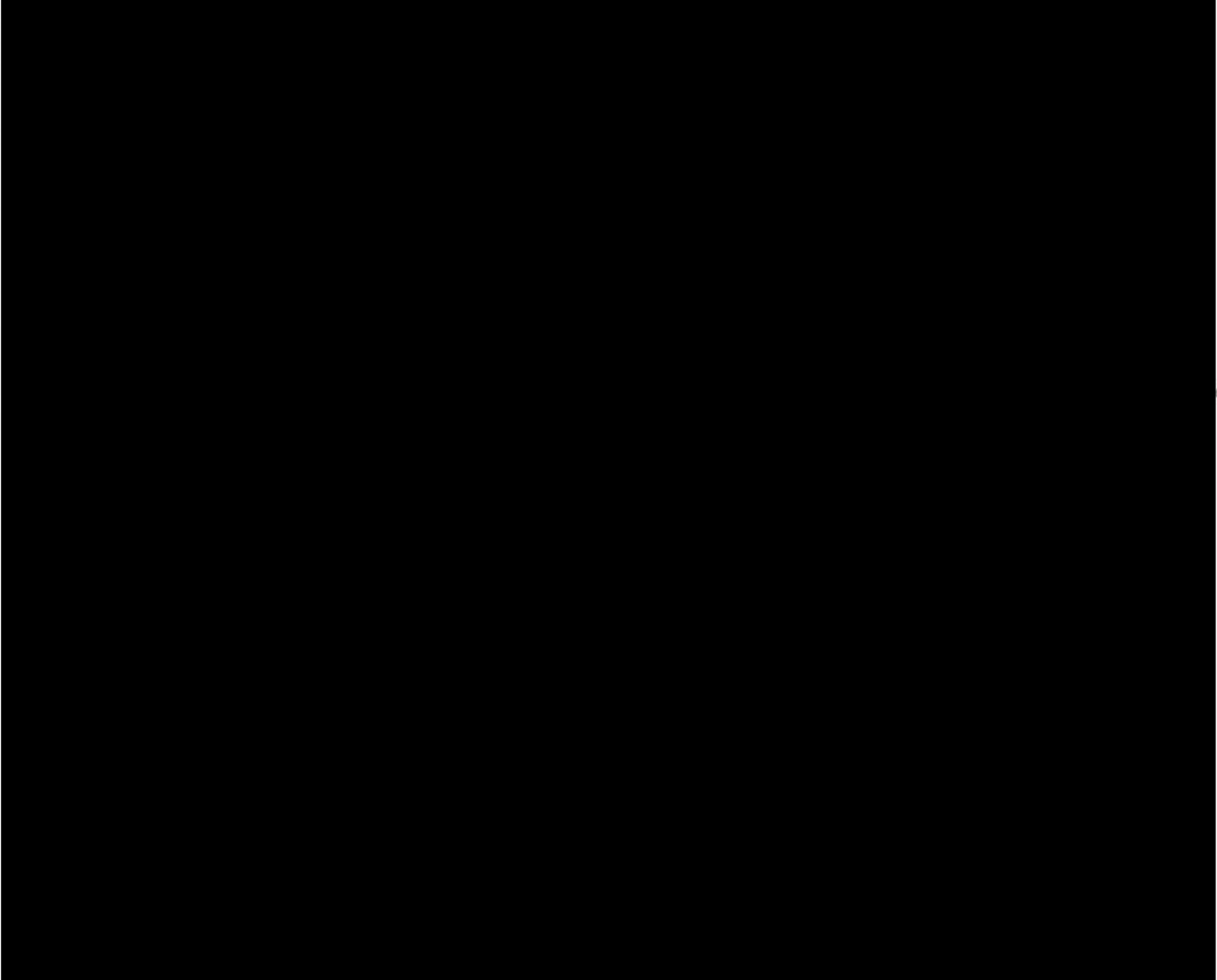
Acta de Reunión

Fecha	15/04/26
Hora	14 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Camino Delipalio 908, Oficina Kepán

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANA's Navarrete	Coordinadora SAI	
Constanza González	A.C	
Alison Mujelo	Psicólogo	
Patricia Martínez	A.C - Podología	
Kellen Preter	A.C	
Alondra Jofre	A.C	
Mónica Piñero	A.C.	
Macarena Moyano	Kinesólogo	
Sofía MMA Huidobro	A.C.	
Montserrat Aballoy Plante	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donnie Soukhan	Kinesólogo	
Constanza Soto	A.C	
Patricio José Camacho	AC	
Marcia Beharouds	coordinadora SSEE	
Christopher Morales	Gestor Comunitario	
Herman Le Oestre	encargado PRLC	



Desarrollo





PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	17/04/26
Hora	14 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Camino Melipilla 908, Oficina Voplán.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anaís Nuñez	Coordinadora SMO	
Poncio Rivera	A.C.	
Johanna Rojas	A.C.	
Patricia Martínez R	A.C. - Tecnología	
Alfonso Miguel	Psicólogo	
Nella Santos	A.C.	
Macarena Mollán	Kinesiólogo	
Andrés Infante	A.C.	
María José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Monserrat Aballoy Pilco	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Denise San Martín	Historiador	
Constanza Soto	A.C.	
Marcos Bachmann	Coordinador SS.EE	
Christopher Torres	gestor comunitario	
Herman de Cuevas	encargado Red PRLAC	

Desarrollo

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

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



PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Hernán Le Quesne	Encargado de la Red Local de Apoyos y Cuidados.	Municipalidad de Padre Hurtado
Cristopher Morales	Gestor Comunitario	Municipalidad de Padre Hurtado
María 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 información a la plataforma e informar intendencias	Ejecutor	Convocatoria 2025
4	Ingresar informes técnicos y rendiciones financieras		
5			

OBSERVACIONES Y NUDOS CRITICOS

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 carga 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 ALGÚN 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.

05 noviembre Alimentación saludable

21 abril taller de Parkinson

Se organizan en conjunto con: oficina de la mujer, ON discapacidad y local, talleres con adulto mayor 2 veces por hora martes y jueves, se activan redes en el club y gr

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>CUMPLE: El ejecutor aplicó íntegramente el formato o instrumento, con la periodicidad y los plazos que se indica en las orientaciones técnicas (OOTI).</p> <p>PARCIAL: 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>INCUMPLE: No se aplica el formato o instrumento. Se debe levantar un compromiso para regularizar.</p>
Documentos de la Diada	
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.	<p>EN PLAZO: 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>NO APLICA: En vista de los compromisos asumidos o de la situación puntual de la diada analizada, no corresponde la aplicación del formato / instrumento.</p>

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
Plan de Cuidados (PC): Gestión de Red		
FORMALIZACIÓN DE LA RED	N/A	CUMPLE
ACTAS REUNIÓN DE RED	RLAC N°2	CUMPLE
REGISTRO DE FORMACIÓN	N/A	
Servicio de Atención Domiciliaria (SA)		
ACTAS ENTREGA DE MATERIAL	SAD N°0	
SUPERVISIÓN DE ASISTENTE	SAD N°0	

Documento Transversal	Código	Resultado
Plan de Cuidados (PC): Gestión Comunitaria		
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	GC N°01	CUMPLE
PLAN GESTIÓN COMUNITARIA	GC N°03	CUMPLE



PC N°09

Actualización Plan de Cuidados

En este formato consigne los cambios que impliquen la actualización del Plan de Cuidados. Una vez marcada la casilla describa en las observaciones el detalle del cambio, por ejemplo, causas del cambio de cuidador/a principal o de cambio en la composición familiar, nombre de la nueva persona cuidadora o del nuevo integrante del hogar, entre otros.

Cambio cuidador/a principal Cambio en la composición familiar

Finalización de servicios y/o prestaciones Nuevos servicios y/o prestaciones

Servicio o prestación	PSDF-CP	PRLAC - Oferta Local
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		

Observaciones

[Redacted]

Elsa Flores

Nombre (Persona en situación de dependencia)

José Tarayó

Nombre (Cuidador/a principal) 9.909.420-6 RUN

[Redacted]

[Redacted]



PC N°09

Actualización Plan de Cuidados

En este formato consigne los cambios que impliquen la actualización del Plan de Cuidados. Una vez marcada la casilla describa en las observaciones el detalle del cambio, por ejemplo, causas del cambio de cuidador/a principal o de cambio en la composición familiar, nombre de la nueva persona cuidadora o del nuevo integrante del hogar, entre otros.

Cambio cuidador/a principal

Cambio en la composición familiar

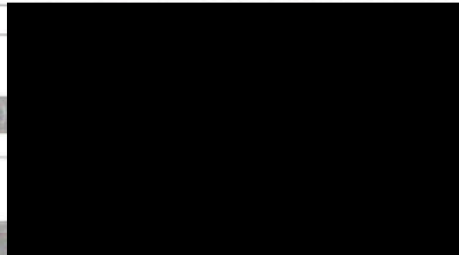
Finalización de servicios y/o prestaciones

Nuevos servicios y/o prestaciones

Servicio o prestación	PSDF-CP	PRLAC - Oferta Local
Servicio de Atención Domiciliar		

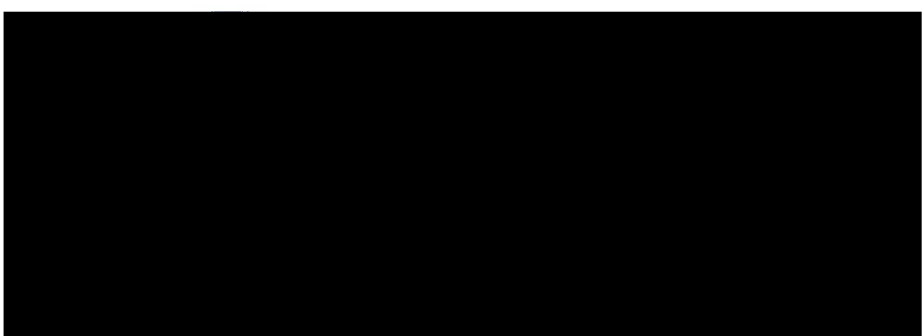
Observaciones

Elsón Flores
Nombre (Persona en situación de dependencia)



José Tarayó
Nombre (Cuidador/a principal)

Fecha Firma





Red Local de Apoyos y Cuidados



201625
ID Hogar

Tahayo Piles
Nombre Hogar

SAD N°05

Compromiso de Participación

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Puerto Montt. 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 cuidado hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas.

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la/el 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

Observaciones

Maria José Canario

Nombre asistente de cuidado

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

Jornada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	X				
Tarde					

[Redacted]

[Redacted]

Cuidador/a principal

Run

[Redacted]

[Redacted]



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

201644
ID Hogar

Dadare Broche
Nombre Hogar

SAD N°05

Compromiso de Participación

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 cuidado hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas.

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la/el 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

Observaciones

Hellen Cuente,

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				





28722	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
ID Hogar	Quien Participó	

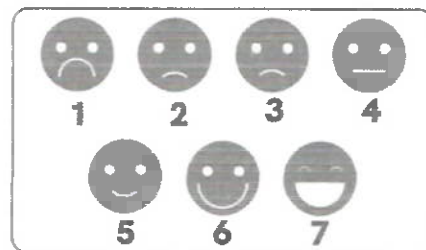
02	04	26
Día	Mes	Año

PC N°16

Encuesta de Satisfacción Usuaría

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

Adaptaciones

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

Aseo personal

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Peine adaptado

- Jabón / jabón gel
- Pañales y/o sábanillas

Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

Alimentación complementaria

- Suplementos alimenticios

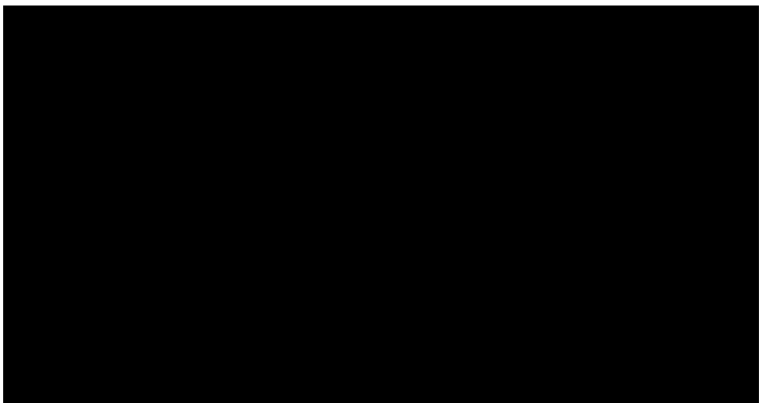
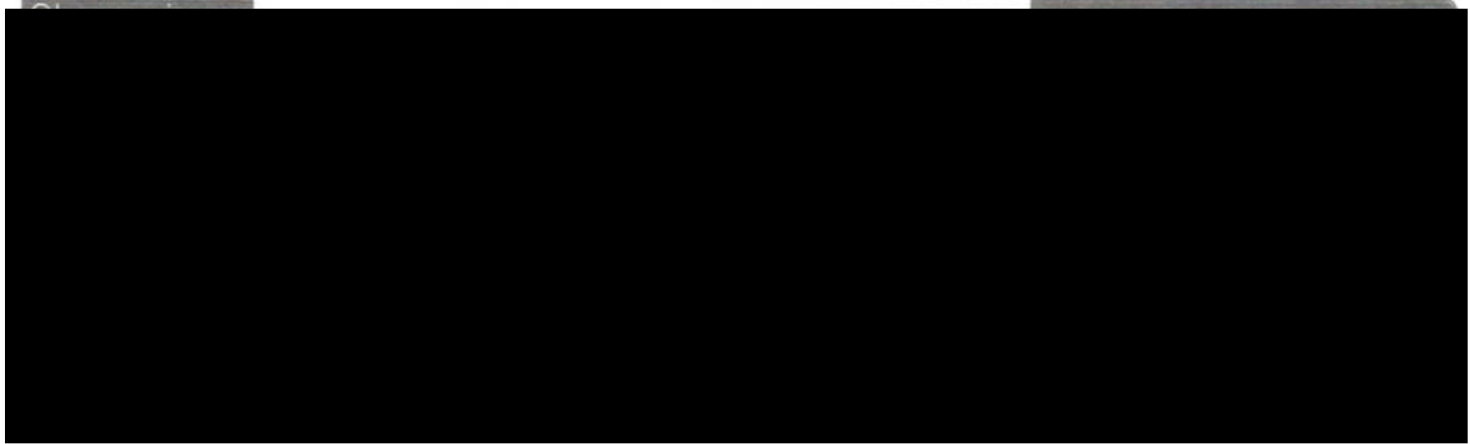
Aseo vivienda/hogar

- Limpiapisos
- Mopa o escobillón
- 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 _____ |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|





48321
ID Hogar

PSDF CP
Quien Participó

01
Dia

04
Mes

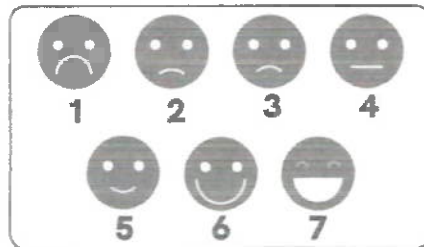
26
Año

PC N°16

Encuesta de Satisfacción Usuaría

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

Adaptaciones

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

Aseo personal

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Peine adaptado

Jabón / jabón gel

Pañales y/o sábanillas

Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos alimenticios

Aseo vivienda/hogar

- Limpiapisos
- Mopa o escobillón
- Paños de limpieza
- Desinfectante y cloro

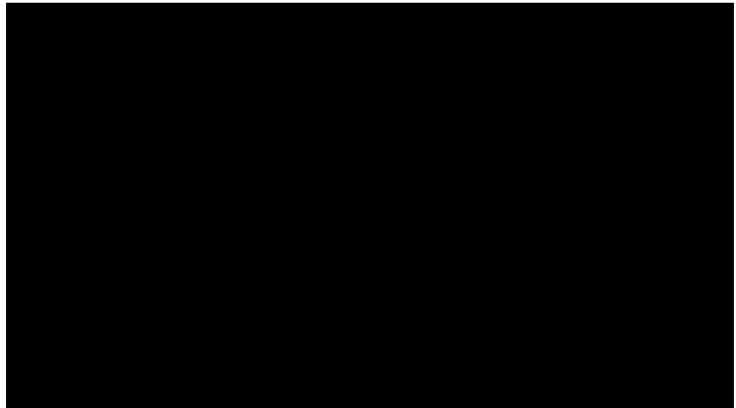
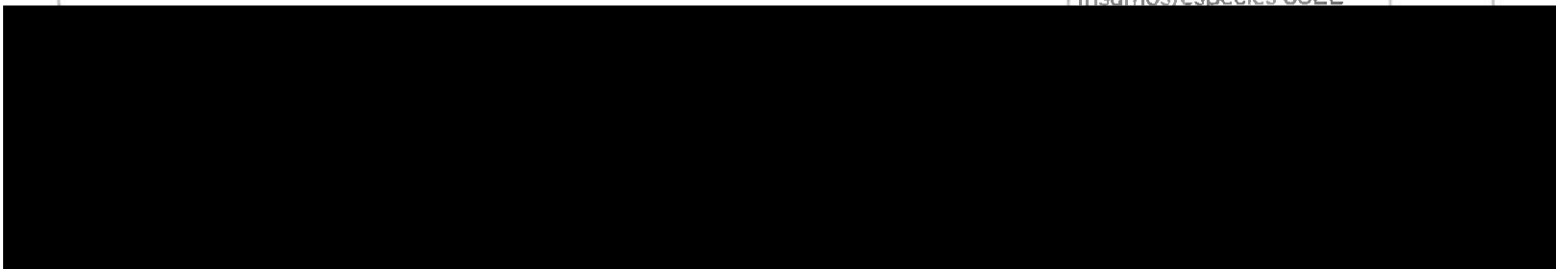
Equipamiento vivienda/hogar

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

Otro _____ Otro _____ Otro _____ Otro _____

Observaciones

Valoración	
SAD	7
Servicios profesional SSEE	7
Insumos/especies SSEE	





Red Local de Apoyos y Cuidados



55520
ID Hogar

PSDF CP
Quién Participó

01
Día

04
Mes

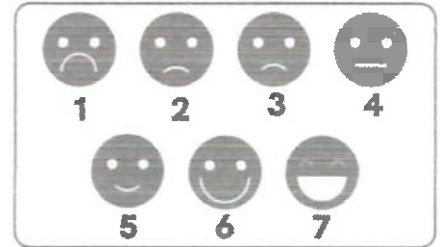
26
Año

PC N°16

Encuesta de Satisfacción Usuaría

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

Adaptaciones

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

Aseo personal

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Peine adaptado

Jabón / jabón gel

Pañales y/o sabanillas

Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos alimenticios

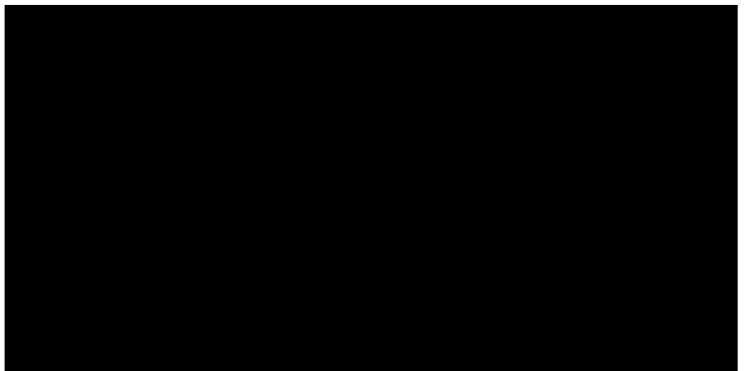
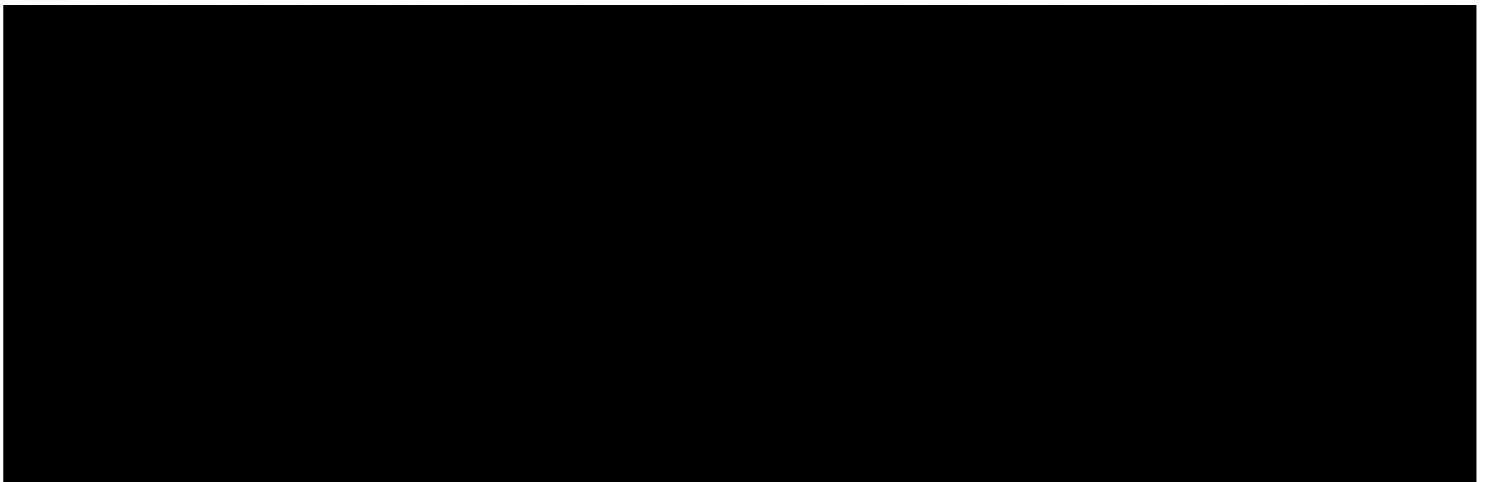
Aseo vivienda/hogar

- Limpiapisos
- 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 _____





70181
ID Hogar

PSDF CP
Quien Participó

06
Día

04
Mes

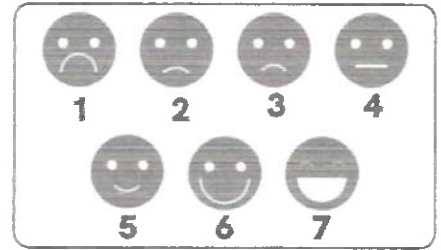
26
Año

PC N°16

Encuesta de Satisfacción Usuaría

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

Adaptaciones

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

Aseo personal

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Peine adaptado

Jabón / jabón gel

Pañales y/o sabanillas

Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos alimenticios

Aseo vivienda/hogar

- Limpiapisos
- 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 _____

En el caso de los SS.EE. se evaluará más de un servicio y por lo tanto el promedio corresponde a la suma de las calificaciones dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.



Red Local de Apoyos y Cuidados



44324
ID Hogar

PSDF CP
Quien Participó

06
Dia

07
Mes

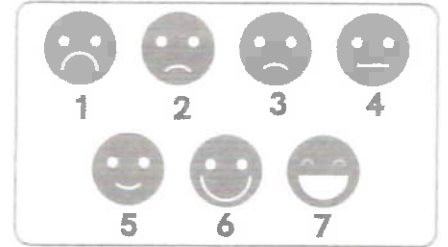
26
Año

PC N°16

Encuesta de Satisfacción Usuaría

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 ruedas estándar
 Silla de ducha
 Lavapelo
 Barras de apoyo
 Alza WC
 WC portátil
 Confección ayudas técnicas
 Reparaciones
 Mantenciones

Adaptaciones

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

Aseo personal

- Crema piel sensible
 Cepillos de dientes
 Pastas de dientes
 Shampoo lavado seco
 Peine adaptado

Jabón / jabón gel

Pañales y/o sabanillas

Artículos de cuidado

- Gasa
 Algodón
 Alcohol
 Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
 Ropa abrigo
 Calzado
 Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos alimenticios

Aseo vivienda/hogar

- Limpiapisos
 Mopa o escobillón
 Paños de limpieza
 Desinfectante y cloro

Equipamiento vivienda/hogar

- Implementos de cocina
 Mobiliario con escotaduras
 Ropa de cama
 Colchón

En el caso de los PSDF, se evaluará más de un servicio, por lo que el promedio con respecto a la suma de las calificaciones dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.



Red Local
de Apoyos
y Cuidados



44334
ID Hogar

PSDF CP
Quién Participó

01
Día

04
Mes

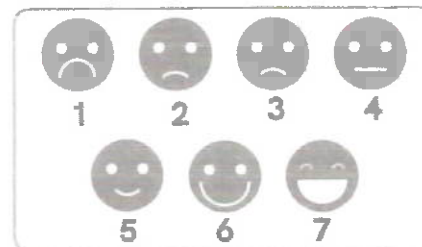
26
Año

PC N°16

Encuesta de Satisfacción Usuaría

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 type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Foncaudiología | <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 ruedas estándar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portátil
- Confección ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

Adaptaciones

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

Aseo personal

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Peine adaptado

Jabón / jabón gel

Pañales y/o sábanas

Artículos de cuidado

- Gasas
- Algodón
- Alcohol
- Cremas anti-escaras

Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos alimenticios

Aseo vivienda/hogar

- Limpiapisos
- 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



62410
ID Hogar

PSDF CP
Quién Participó

PC N°16

02
Día

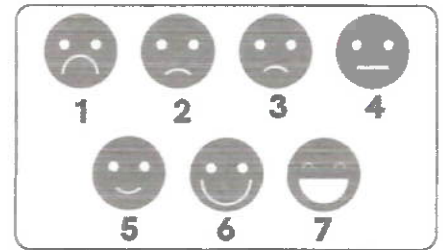
04
Mes

26
Año

Encuesta de Satisfacción Usuaría

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 type="checkbox"/> Psicología |
| <input 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 ruedas estándar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portátil
- Confección ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

Adaptaciones

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

Aseo personal

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Peine adaptado

Jabón / jabón gel

Pañales y/o sabanillas

Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos alimenticios

Aseo vivienda/hogar

- Limpiapisos
- 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 _____