



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: MAYO 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
- ❖ Tamara Campos
- ❖ 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 mayo 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 06, 08, 13, 15, 20 y 22 de mayo 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 mayo 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.

Se adjunta acta de reunión.

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

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

En terreno se realizó:

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

2 Instrumentos de Validaciones de la dependencia.

Se adjunta Documentos.

- **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.

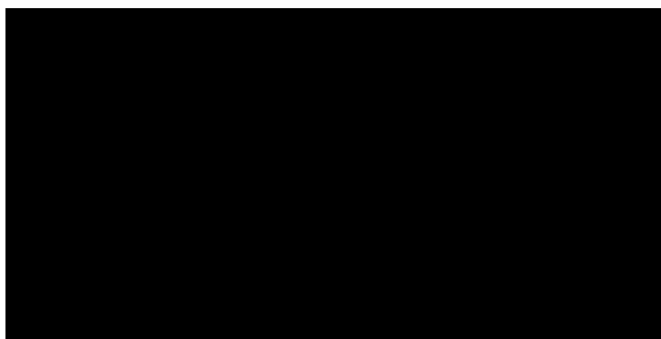


DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

5





PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

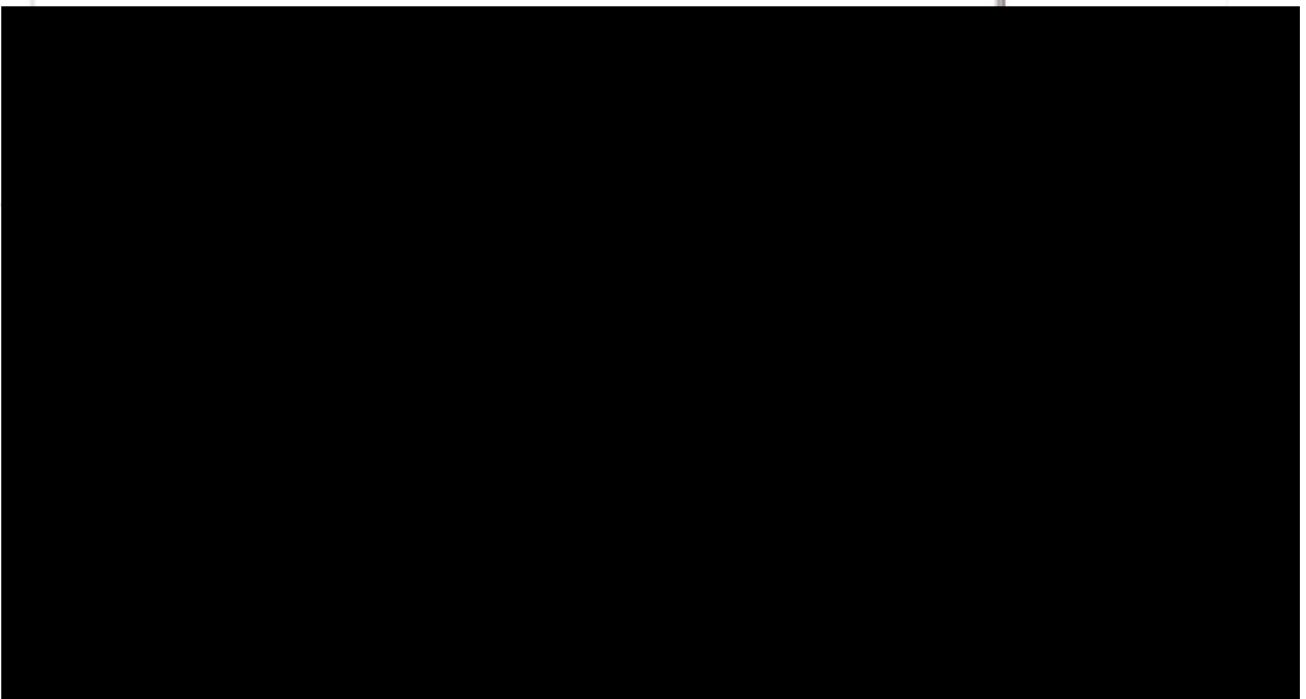
Fecha	06/05/2026
Hora	14:00 - 17:00
Comuna	Radre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Karlan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Hellen Fuentes	Asistente de Cuidado
Mónica Rivera	Asistente de Cuidado
M. José Concha Peña	Asistente de Cuidado
Constanza González	Asistente de Cuidado
Alicia Novarrete	Coordinadora SGP
Constanza Soto	Asistente de Cuidado
Tomara Campos	Asistente de Cuidado
Patricia Maytinez	Ac. y psicóloga
Alondra Herro	Asistente de Cuidado



Desarrollo

Se realizó un repaso de los temas tratados en la reunión anterior.
 Se revisó el avance de casos y planificación de trabajo.



PRLAC N°04.1

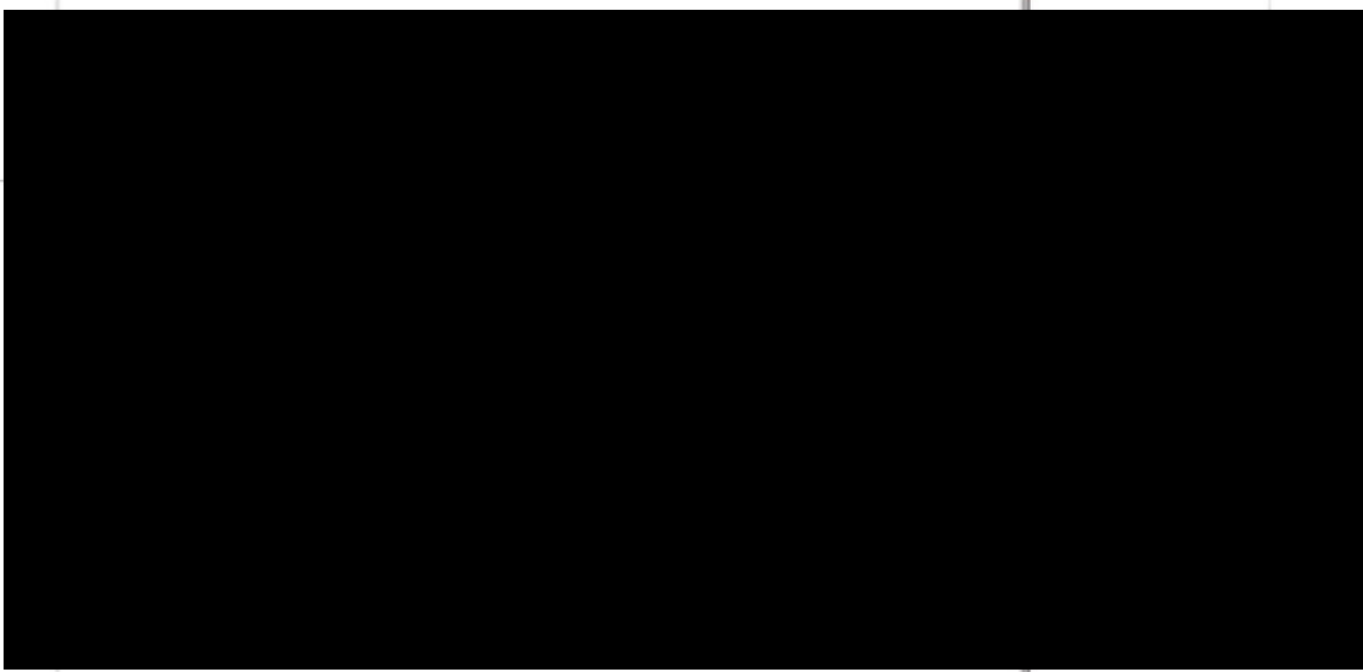
Acta de Reunión

Fecha	08/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Mapam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Camilo Donato	Asesor, PRLAC
Marciana Mayano	Asesora, PRLAC
Montserrat Aballay Pilank	Terapeuta Ocupacional
Alicia Arguello	Psicóloga
Alondra Peña	Asistente de Ciudadela
Tamara Campos	Asistente de Ciudadela
Patricia Delgado P.	A. de Ciudadela
Patricia Delgado	A. de Ciudadela
Constanza González	A. de Ciudadela
M. José Cuevas Peña	A. de Ciudadela
Alfonso Macías	Coordinador SMI
Fátima Palma	Trabajo y AC
Dorotea Eiza	A.C
Patricia Benavente	Coordinadora SMI
Cristóbal Paredes	GO
Carolina de la Cruz	Coordinadora SMI

Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos SMI y SMI Residentes. Los actores y coordinadores en este comuna, plan de trabajo estratégico de intervención multidisciplinaria y seguimiento de casos con mayor vulnerabilidad.

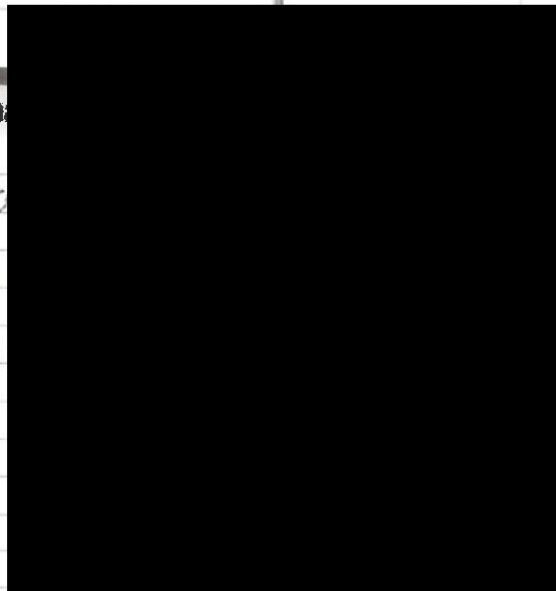




PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

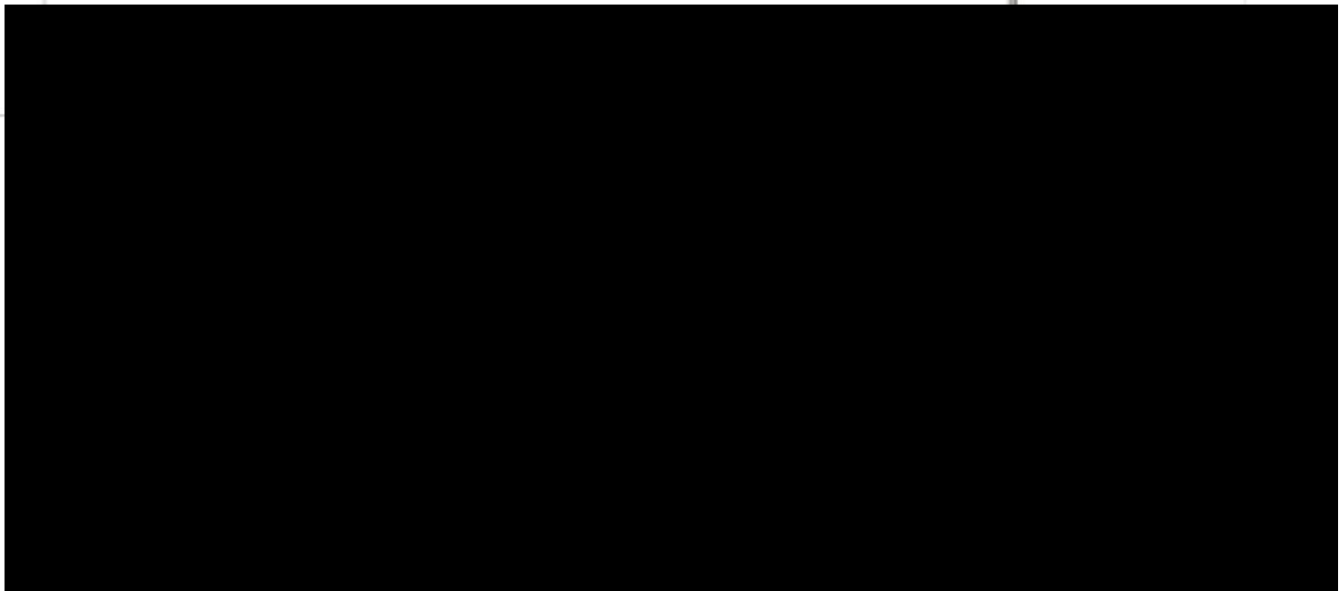
Fecha	13/05/2022
Hora	11:00 a 12:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Municipal



Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Constanza Soto	AC
Tamara Campos	Asistente de ciudadanía
Anais Novorrete	Coordinadora Social
Monica Rivera	AC de Ciudadanía
Hellen Fuentes	Asistente de Ciudadanía
Constanza Gonzalez	Asistente de ciudadanía
M. Jose Cancino Peña	Asistente de Ciudadanía
Patricia Martinez	AC de Padolago
Alexandra Iefno	Asistente de ciudadanía

Desarrollo

Se realizó en plataforma. Hicieron registros de los funcionarios.
 Se registra en Cuaderno de campo y actualización de roles.



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	15.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Valle Hermoso
Lugar de realización	Oficina Superior

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Camilo Donati	Umbriólogo, PRLAC
Macarena Madama	Kinesólogo, PRIAC
Monserat Abadía P. Ircate	Terapeuta Ocupacional
Alejo Arjuello	Psicólogo
Alondra Infante	Asistente de Ciudad
Concepción Campos	Asistente de Ciudad
Provincia Patricia J.	A. de Ciudad
Hele Rueda	A. de Ciudad
Constantino Parada	A. de Ciudad
M° José Camino Peña	A. de Ciudad
Rosario Portales	AC y Salud
Mari Mercedes	Coordinadora SCS
Patricia Zamora	Coordinadora SCS
Esteban Rojas	CS
Ernesto Larraín	Cargado PMS
Carolina Soto	AC

Desarrollo

Se inició la Reunión. Cuentos entre Equipo SCS y SCS.
 Expone en los momentos de la Com. en Valleduro. Se apr.
 Prolongar y Financiar. Desde la jornada se venían haciendo
 trabajo y montaje de el campamento digital para usarlo
 y actualizar.



PRLAC N° 04.1

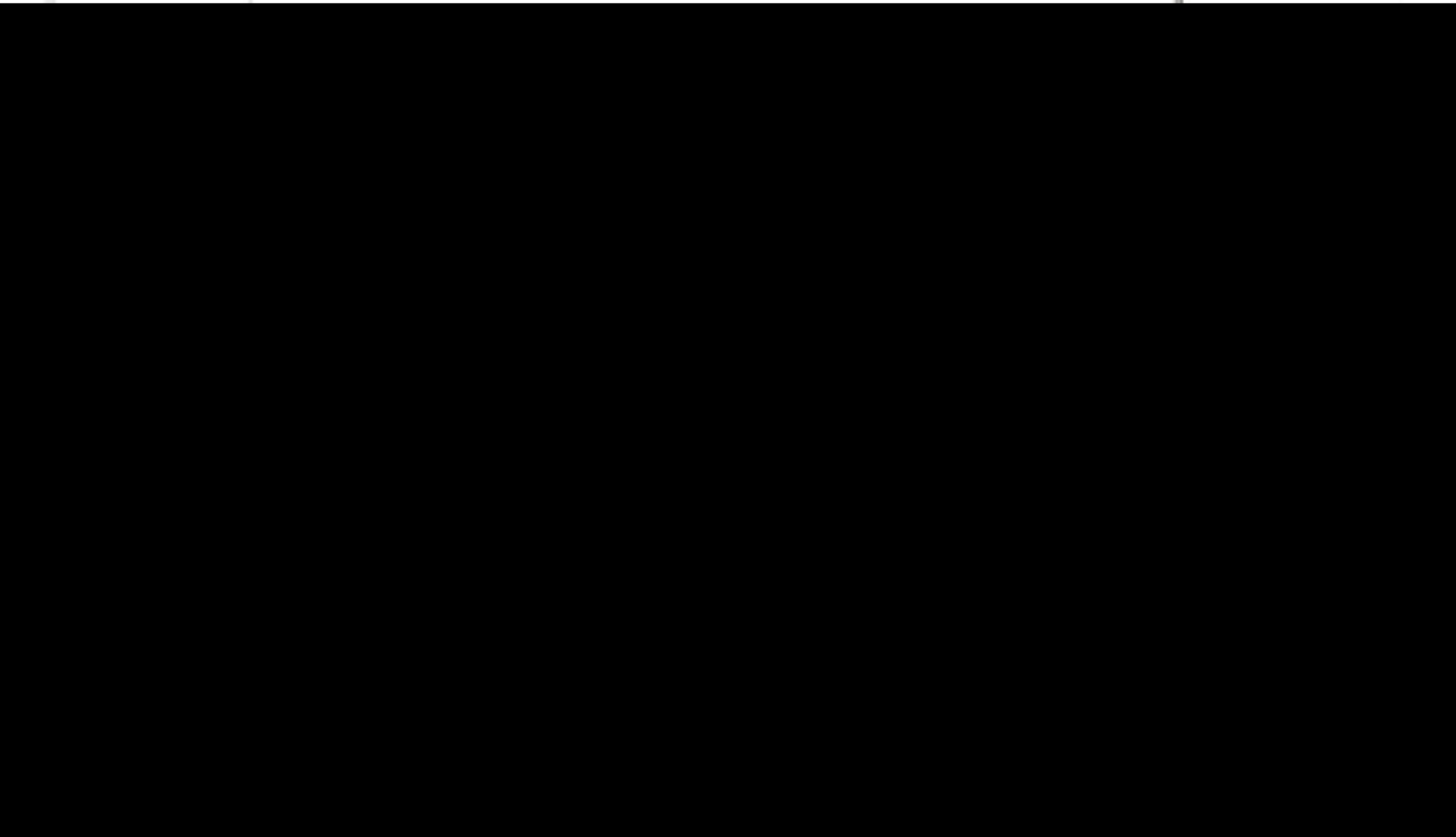
Acta de Reunión

Fecha	20/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Reunión presencial

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Yellin Rentería	Asistente de Cuidado
M. José Álvarez Peña	Asistente de Cuidado
Tatiana Campos	Asistente de Cuidado
Alexis LeFuc	Asistente de Cuidado
Wendy Soto	A.C
Paloma Muñoz	A.C
Maria Elena	Asistente de Cuidado
Constanza González	Asistente de Cuidado
Alicia Delgado	Coordinadora SAC

Desarrollo

- Se realizó el primer seminario en plataforma Microsoft.
- Registrando Atenciones realizadas.
- Se registra en Cuadern de campo y notas.



PRLAC N°04.1

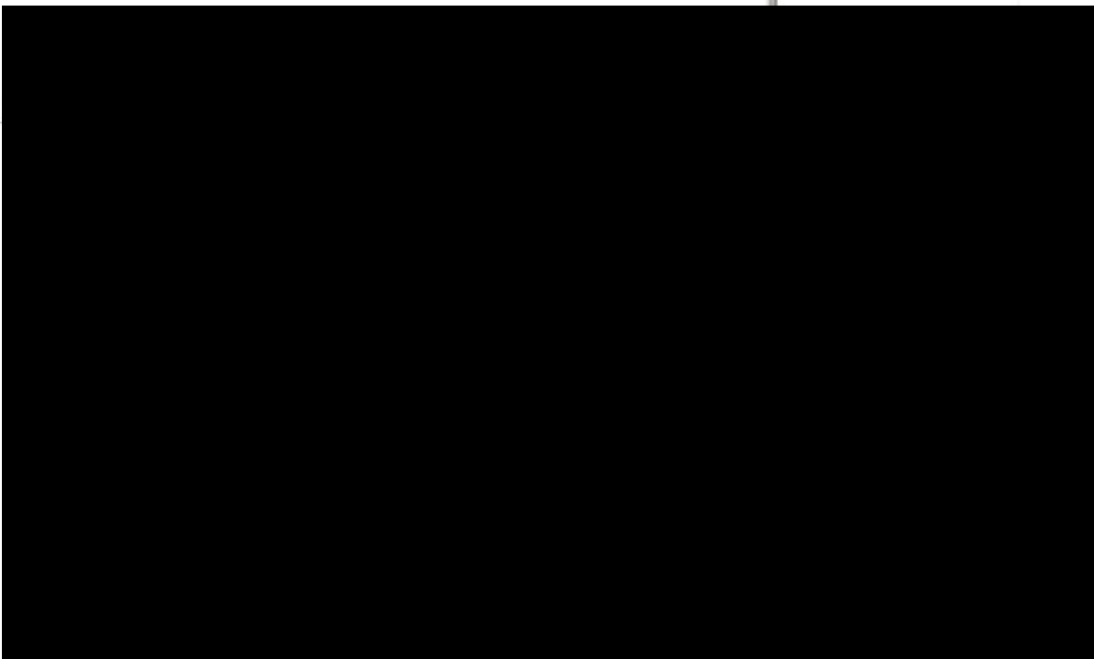
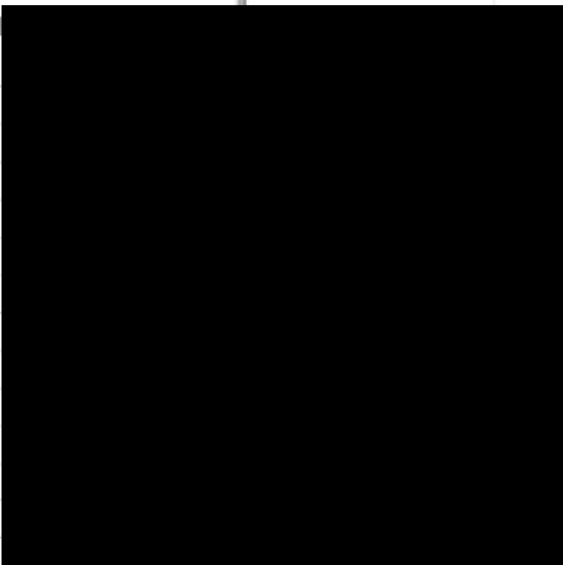
Acta de Reunión

Fecha	22/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Peña Blanca
Lugar de realización	Oficina local

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Camilo Donati	Unidad, PRLAC
Macarena Rojas	Unidad, PRLAC
Renner Atalaya Piloner	Terapeuta Ocupacional
Alicia Arqueles	Psicóloga
Alondra Hofme	Asistente de ciudad
Laura Campos	Asistente de ciudad
Yolanda Rojas	A. de Ciudad
Melina Pantoja	A. de Ciudad
Constante Jorjovic	A. de Ciudad
M ^{ra} José Carolina Peña	A. de Ciudad
Francisca González	Coordinadora S30
Consuelo Soto	A.C.
Consuelo Corales	A.C.
Verónica Muñoz	Coordinadora S30
Patricia Salamanca	Coordinadora S30
Patricia Martínez	Psicóloga y A.C.

Desarrollo

Se realizó reunión de equipo S30 y S31. Se realizó informe de caso, encargado de preparar. Se hizo presentación de los roles Campesinos y los roles a realizar.





Red Local de Apoyos y Cuidados



ID Hogar	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------	-----------------------------

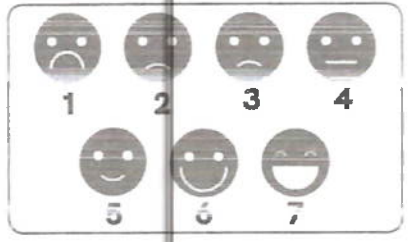
Día	Mes	Año
-----	-----	-----

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 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"/> Fisiología
<input type="checkbox"/> Otro			

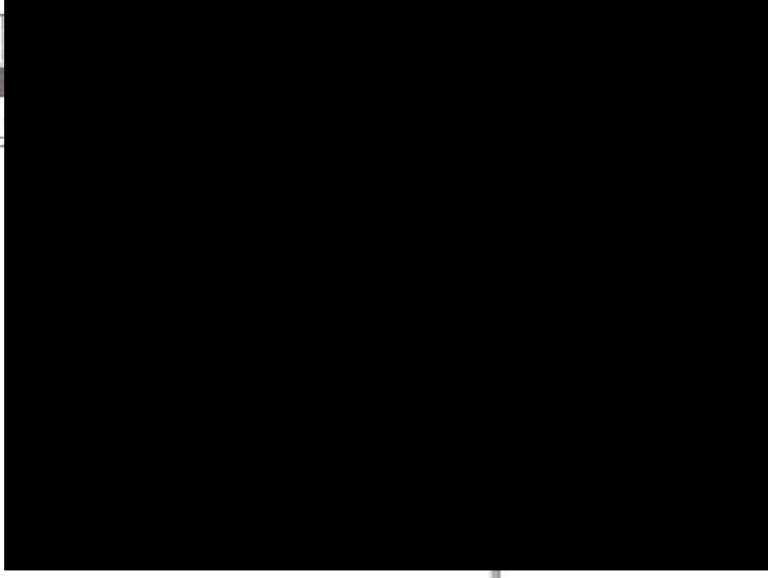
¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación de pisos	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas	<input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo de baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpiapisos
<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 de puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Cremas anti-escaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Aseo WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipo 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 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"/> Peine adaptado	<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	Valoración	
	SAD	
	Servicios profesional SSEE	
	Insumos/especies SSEE	
	Calificación Final	

Coordinador/a _____ PRLAC SAD

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, con lo que las calificaciones divididas por la cantidad de servicios evaluados en el



Silvadora

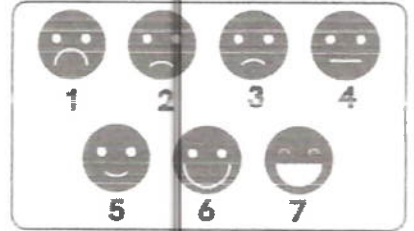


Red Local de Apoyos y Cuidados



18282	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
ID Hogar	Quién Participo	

12	05	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 checked="" type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input checked="" 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?

Áyudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación de pisos	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sábanillas	<input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo de baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpiapisos
<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 de 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 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"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Observaciones

- Usando en buenas condiciones, Ayuda las atenciones

- Reitero que le gustara que volvieran las Atenciones de Asistente de cuidado 2 veces a la

Valoración	
SAD	<input checked="" type="checkbox"/>
Servicios profesional SSEE	<input checked="" type="checkbox"/>

Anais Navarrete				
Coordinador/a	PRLAC	SAD	SSEE	RU

*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

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

414 341
ID Hogar

05/05/2026
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1) PSDF				1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)			
Nombres		Mara		[Redacted]			
Apellido paterno		Batulan		[Redacted]			
Género		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Nombre social (cómo quiere ser llamada/o)		Mara	
Fecha de nacimiento		07/02/1938		Edad actual		88	
Dirección		Los Rosas		N°		179 Dpto.	
Villa / Población		Nueva estrella		Otras referencias			
Comuna		Paseo Arriado		Región			
Teléfono 1		22311126		Teléfono 2			
2) Antecedentes Generales							
2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos				70 años			
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?				SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? [Redacted] NO <input type="checkbox"/>			
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?				SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles? NO <input checked="" type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/> Talleres municipales			
				<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad			
				<input type="checkbox"/> Junta de vecinos			
				<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas			
				<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores			
				<input type="checkbox"/> Clubes deportivos			
				<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?			
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años				<input checked="" type="checkbox"/> En ninguna			
				<input type="checkbox"/> SI			
				<input checked="" type="checkbox"/> NO			
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?				<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Si su respuesta es NO , seleccione lo							
				<input type="checkbox"/> No concibo org. de este tipo en [Redacted]			
				<input checked="" type="checkbox"/> No tengo interés [Redacted]			



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

18282 ID Hogar

07/05/2026 Fecha entrevista: Día / Mes / Año

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

Nombres	Eduardo		
Apellido paterno	Ralme		
Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social	Eduardo
Fecha de nacimiento	19/11/1981	Edad actual	44
Dirección	Ra. Noble	N°	1440
Villa / Población	Ra. Nube	Dpto.	
Comuna	Puerto Huelmo	Otras referencias	
Comuna	Puerto Huelmo	Región	Metropolitana
Teléfono 1	964091700	Teléfono 2	

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 34 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? por pedido NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? _____

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna de su comunidad?

Si su respuesta es NO, seleccione:

- No cond. de este
- No tengo