



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.

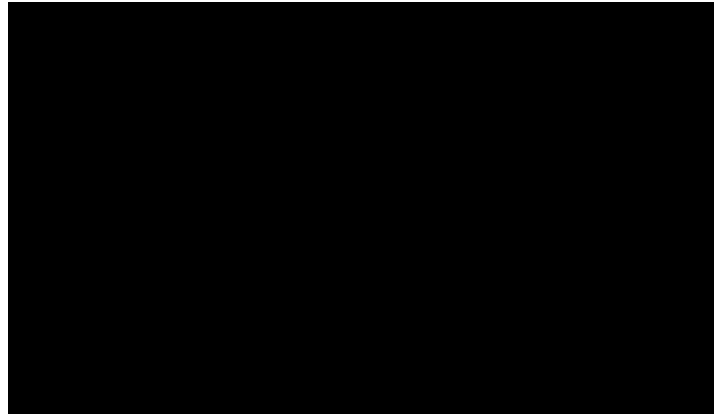


DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

5





PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

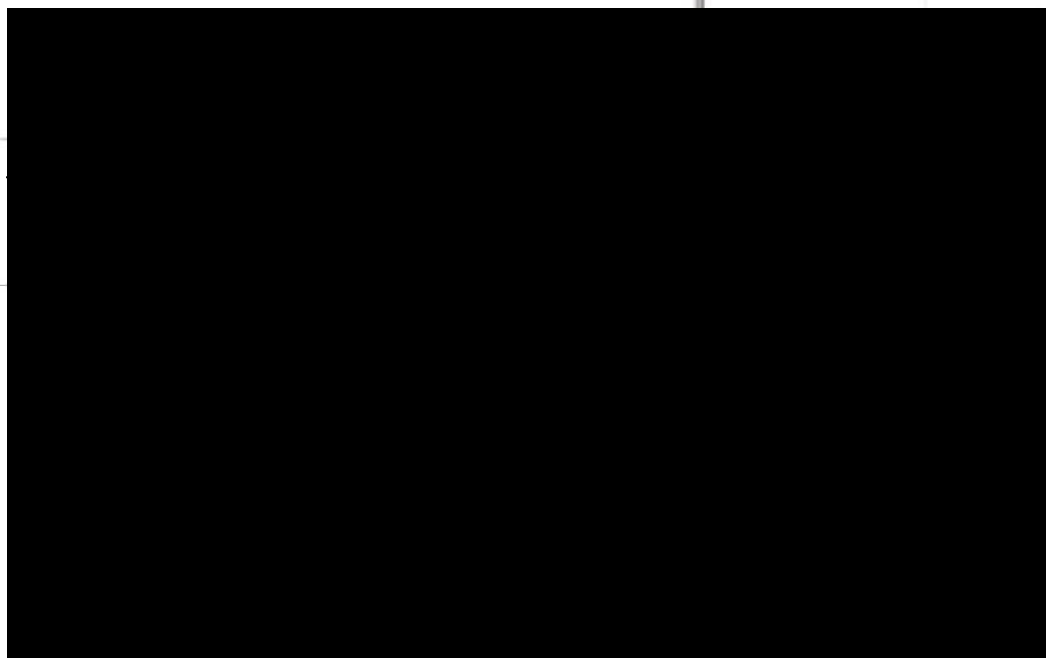
Fecha	06/05/2026
Hora	14:00 - 17:00
Comuna	Radre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan

Nombre y apellido	Cargo institución o programa	Cargo de estudio

Desarrollo

Se realizó un rep. de actividades en el sistema de datos y se analizaron las situaciones.

Se revisó el estado de curso y situación de curso.



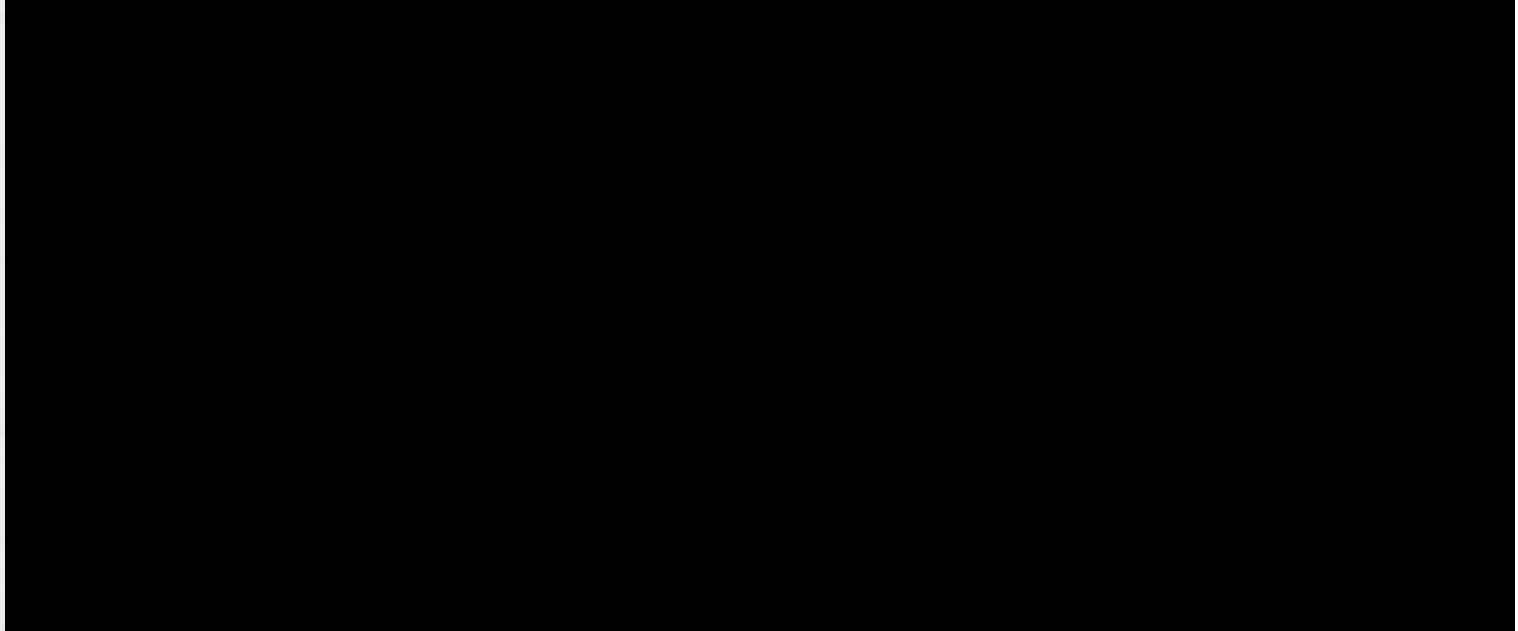


PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

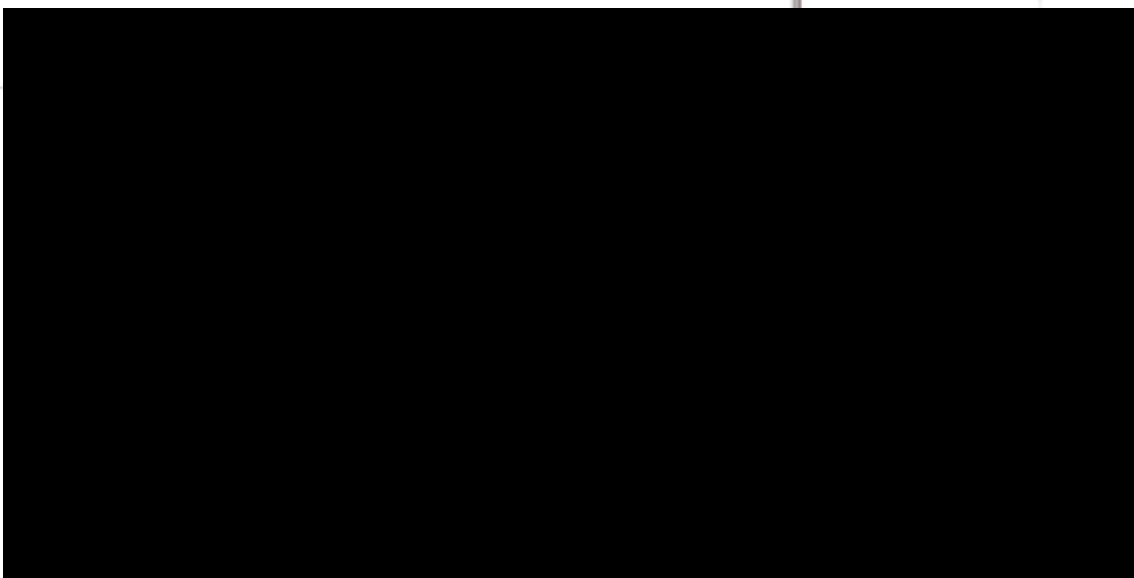
Fecha	08/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Maplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Cargo electrónico
-------------------	-------------------------------	-------------------



Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos SAO y SDEE visitando los Actos y coordinando con este comuna, además de Planear estrategias de intervención disciplinaria y seguimiento de unidades con mayor vulnerabilidad





PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	13/05/2020
Hora	19:00 a 20:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Municipal

Nombre y apellido	Cargo institución o programa	Comuna	Teléfono
-------------------	------------------------------	--------	----------



Desarrollo

Se realizó en plataforma. Hicieron registro de los estudiantes.
 Se registra en Cuadro de Control y Actualización de ROLC.





PRLAC N°04.1

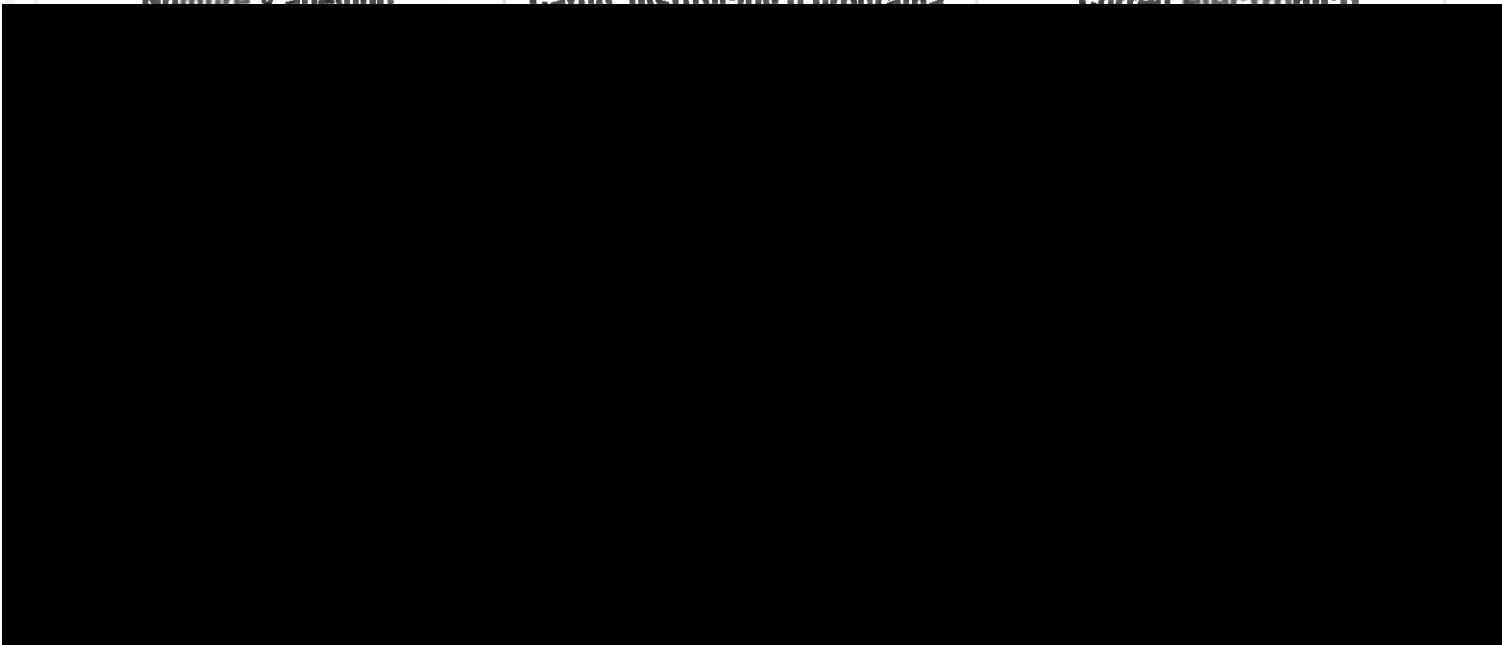
Acta de Reunión

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

Nombre y apellido

Cargo institución o programa

Correo electrónico



Desarrollo

Se inició la Reunión con la bienvenida por parte de la Jefa de Oficina y se procedió a la lectura del acta de la reunión anterior. Se aprobó el orden del día y se procedió a la discusión de los temas. Se acordó la realización de un taller de diagnóstico de las necesidades de la comunidad y se acordó la realización de un taller de diagnóstico de las necesidades de la comunidad y se acordó la realización de un taller de diagnóstico de las necesidades de la comunidad.





PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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



Desarrollo

- Se realiza registro semestral en Plataforma Micael.
- Registro Atención recibidas.
- Se registra en Cuadern de campo y zona.



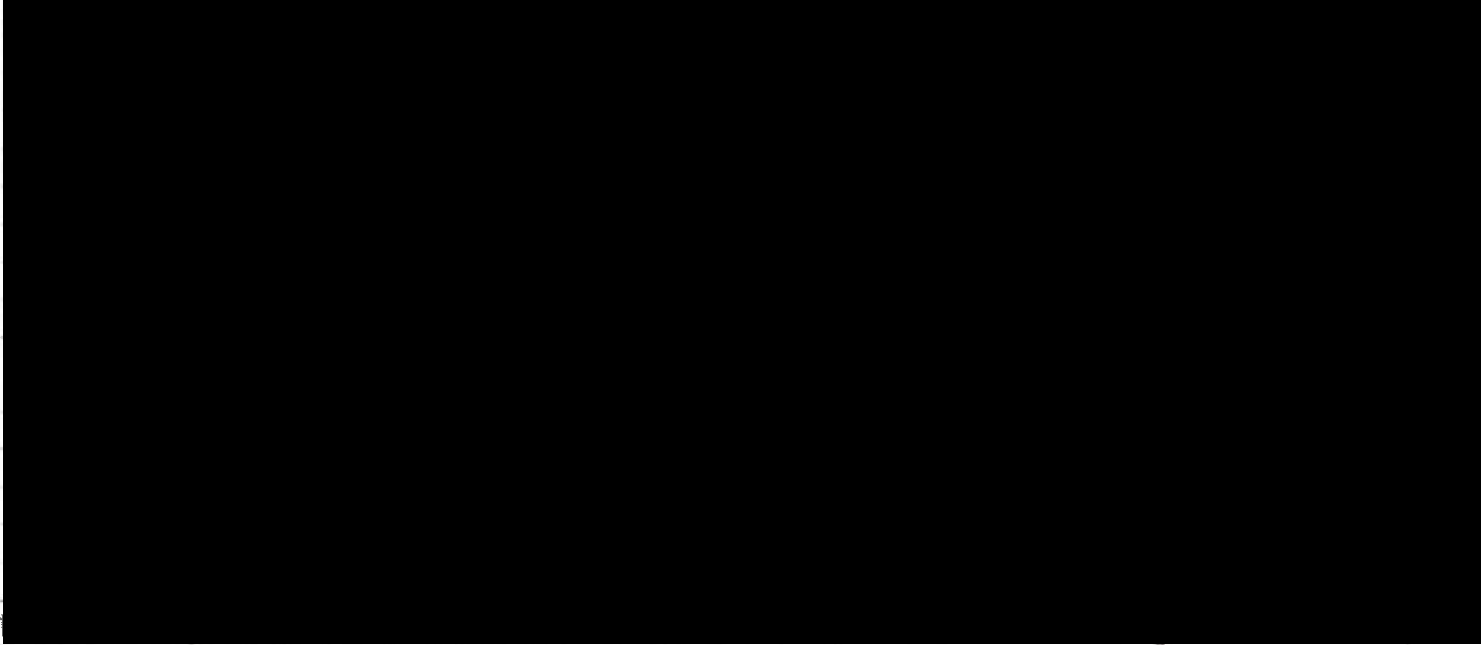


PRLAC N°04.1

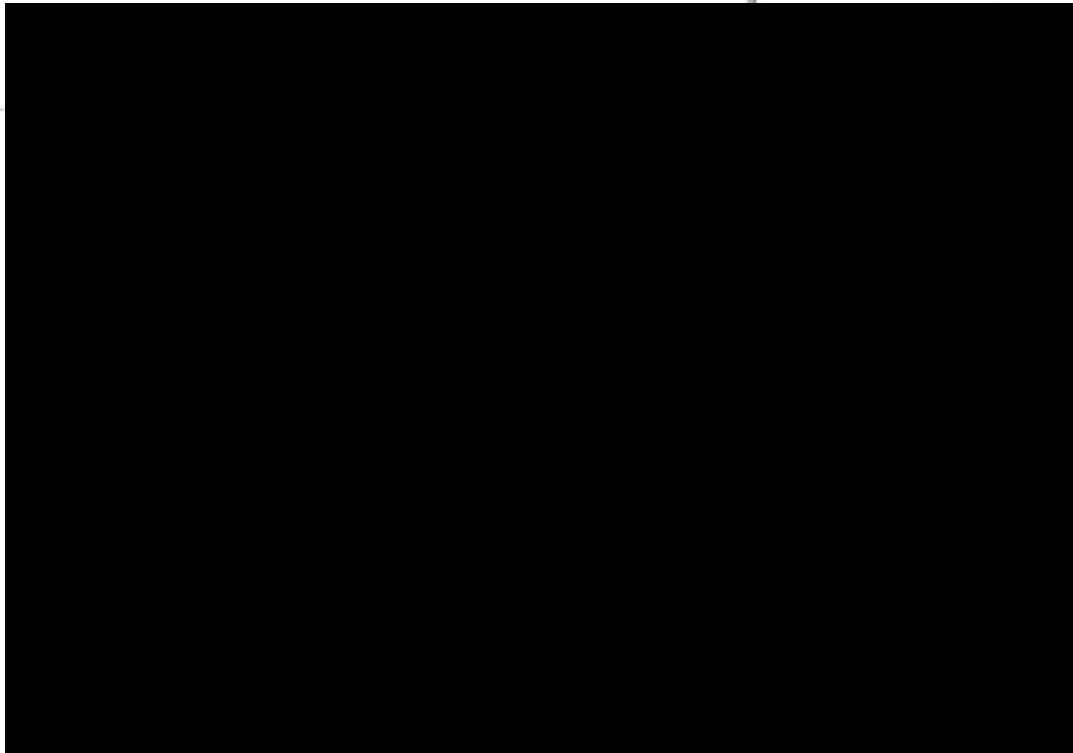
Acta de Reunión

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	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



Se realizó reunión de Equipo S40 y S42. Se realizó informe de caso, entregado al personal. Se realizó actualización de los datos censitarios y los registros a realizar.





Red Local de Apoyos y Cuidados



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

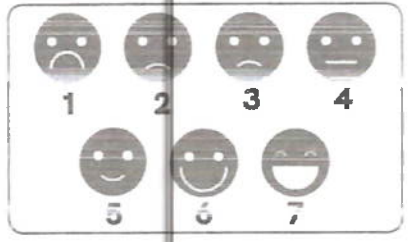
Día	Mes	Año
-----	-----	-----

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?

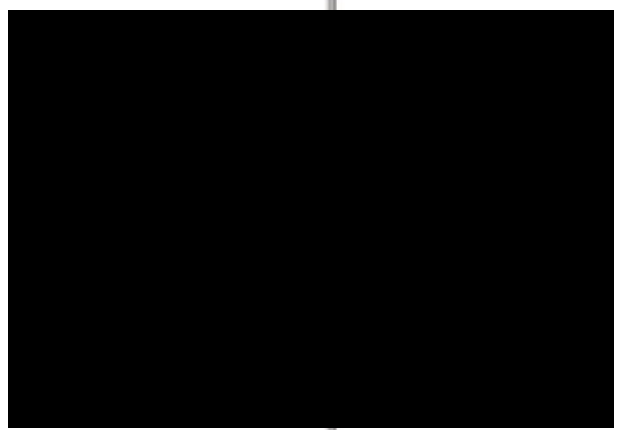
Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabon / jabon gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Nivelación de pisos	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sábanillas	<input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo de baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas estandar	<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"/> Aseo WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipoamiento 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"/> 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"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón

Otro _____ Otro _____ Otro _____ Otro _____

Observaciones	Valoración	
	SAD	
	Servicios profesional SSEE	
	Insumos/especies SSEE	
	Calificación Final	

Coordinador/a	PRLAC	SAD	SSEE	RUN	Firma
---------------	-------	-----	------	-----	-------

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, con lo que el promedio corresponde a la suma de las calificaciones dividida por la cantidad de servicios evaluados en este componente.



Silvadora

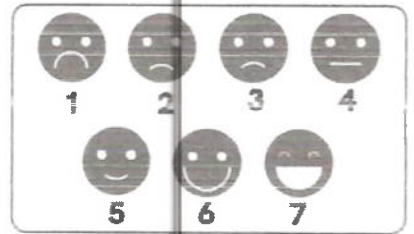


Red Local de Apoyos y Cuidados



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 sábanas	<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

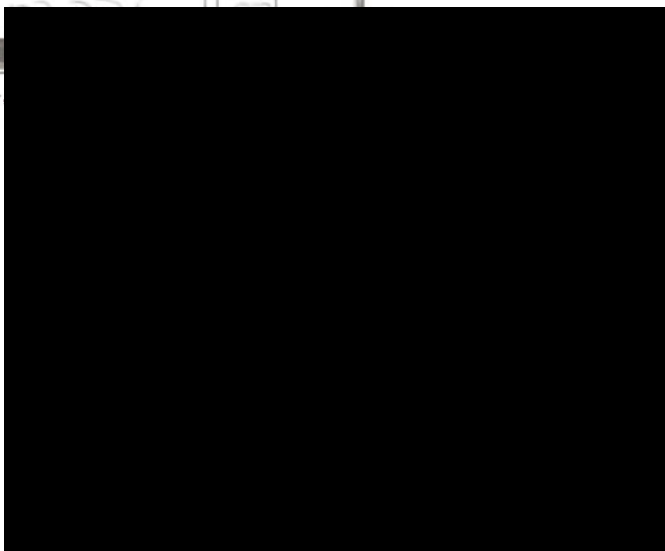
- Usando en buenas condiciones, Ayuda las atenciones
 - Reitero que le gustara que volvieran las Atenciones de Asistente de Cuidado 2 veces a la semana.

Valoración

SAD	<input checked="" type="checkbox"/>
Servicios profesional SSEE	<input checked="" type="checkbox"/>
Insumos/especies SSEE	<input checked="" type="checkbox"/>
Calificación Final	7

Anais Navarrete					
Coordinador/a	PRLAC	SAD	SSEE	RUN	20

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio con 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	[Redacted]		
Apellido paterno	[Redacted]		
Género	[Redacted]		
Fecha de nacimiento	07/02/1938	Edad actual	88
Dirección	Los Rosas	N°	179
Villa / Población	Nieve Estrella	Otras referencias	
Comuna	Parque Arriado	Región	
Teléfono 1	22311126	Teléfono 2	

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 76 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI -- ¿Cuál? una pensión NO

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

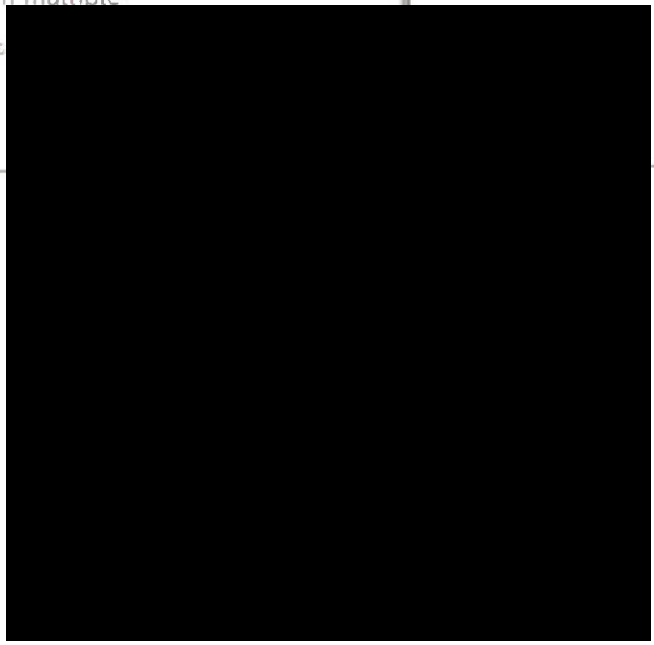
- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál?
- En ninguna

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 organización o actividad de su comunidad?
SI
NO

Si su respuesta es **NO**, seleccione los motivos (Selección múltiple)

- No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.
- No tengo interés en participar.





Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Chile
Cuida
Sistema Nacional de Atención y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

18282
ID Hogar

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

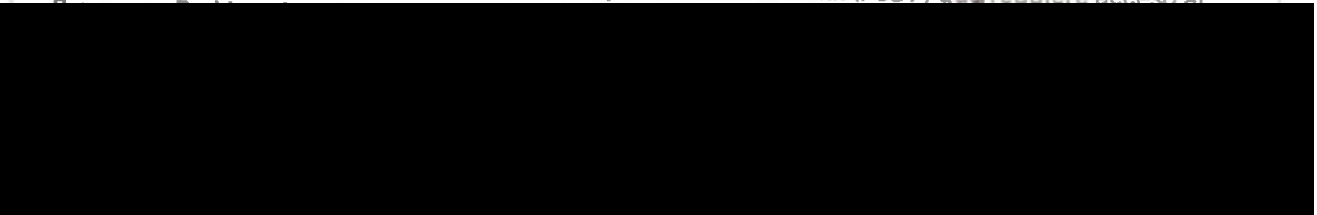
**Sección 1
PSDF**

1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al

Nombres

Apellido pat

Género



Fecha de nacimiento	19/11/1981	Edad actual	44
Dirección	Rca. Noble	N°	1440
Villa / Población	Rca. Norte	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 organización o actividad de su comunidad?

Si su respuesta es **NO**, seleccione los motivos (Selección

- No conoce organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.
- No tengo interés en participar.

