



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: Junio 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 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 junio, se adjuntan documentos. Las supervisiones se realizaron en el mes de abril 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.

En el mes de junio no participé en actividades organizadas por la DIDECO, manteniendo disposición para apoyar en futuras instancias que se desarrollen en coordinación con dicha dirección.

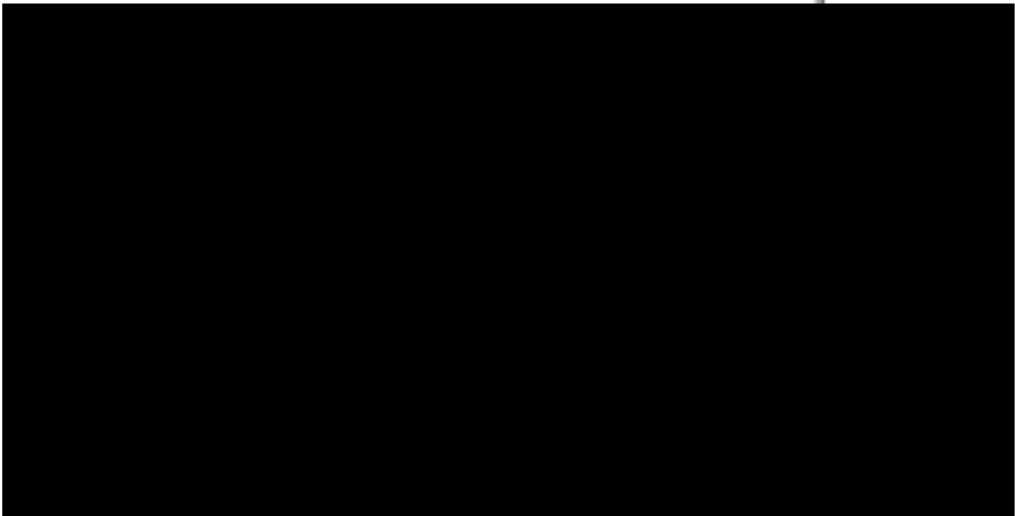


DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

OS



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha

19/06/2026

Hora

14:00 a 17:00

Comuna

Padre Hurtado

Lugar de realización

Oficina Kaplan como relator y OB.

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Margareth Aguilar	T.O	
Rebeca Mayano	Kinesióloga	
Alison Aguila	Psicóloga	
Carole Benavente	Kinesióloga	
Diana Navarrete	Coordinadora S.A.O	
Jelken Turiato	AC	
Estefanía González	AC	
Daniela Martínez	AC	
Alondra Leizaola	AC	
María José Camacho	AC	
Andrés Sampedro	AC	
Monica Rivera	AC	
Constanza Boto	AC	
Elith Leizaola	AC	
Cristóbal Morales	Gestor Comunitario	
Norman Leizaola	Coordinador de la red	
Micaela Bahamondes	Coordinadora SSEC	

N° Temas a tratar en reunión

1. Retiro al mantenimiento de datos
2. Gestión de casos
3. Organización de SSEC

Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Cb

07

Fecha	19/06/2026
Hora	12:00 - 13:00
Comuna	Redx Huestado
Lugar de realización	Casa Kaplan
Participantes	

[illegible]

N°	Temas a tratar en reunión
	Gestión Casos
	Situaciones complejas en domicilios
	Seguimiento personal en las visitas domiciliarias
	Técnicas de diálogo

PC

IN PC 04

Encuesta de
Satisfacción UsuaríaPROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

08

ORIGINAL

44350	PSDF ☐	CP ☒
ID Hogar	Quién Participó	
19	junio	2026
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.

1	2	3	4
5	6	7	

¿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

☐ 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 Alimenticio
--

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

PC

IN PC 04

Encuesta de
Satisfacción UsuaríaPROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

09

ORIGINAL

4349

PSDF ☐CP ☒

ID Hogar

Quién Participó

19

Día

Junio

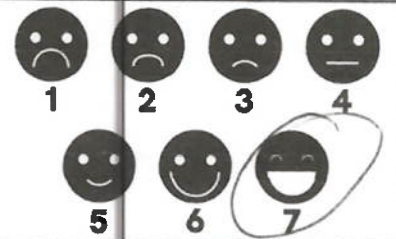
Mes

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?

☐ 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☐ Jabón / jabón gel☐ Peine adaptado

Artículos de cuidado

☐ Gasa☐ Algodón☐ Alcohol☐ Cremas antiescaras

Indumentaria usuario/a

☐ Ropa interior☐ Ropa abrigo☐ Calzado☐ Pijama

Alimentación complementari

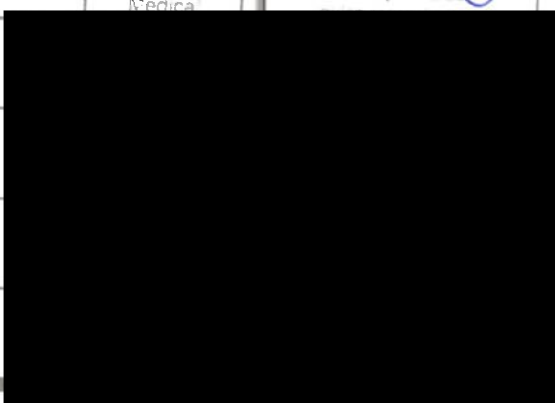
☐ Suplementos Alimentici

Aseo vivienda/hogar

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

Equipamiento vivienda/hoga

☐ Implementos de cocina☐ Mobiliario con escotadur:☐ Ropa de cama☐ Colchón

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
	04/06 2020	Paños	Tallas 6				
		Sabonillos	Estériles				
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF
Nombre CP

ID Hogar
169638

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
	04/06 2020	Pantales	Taller 77				
		Sabanas					

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

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

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

*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia

Gobierno de Chile

PROGRAMA

Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL

Protocolo 30

Fiscal de Afta

Nombre PSDF

Nombre CP

ID Hoga

12

				Nombre CP			
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica	Nombre y firma de	
	04/06 2020	Sabonini Kori	Gelatinas	3	Si		
		Alina Sup	Wort 100	2	X		
					Si		
					Si		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Presc Médica	Nombre y firma de	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica	Nombre y firma de	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica	Nombre y firma de	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica pa
*Por este
adquirido

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia

Gobierno de Chile

PROGRAMA

Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL los Penamuentos

553

Antonia Vargas.

ID Hogar

Nombre PSDF

Juanes Opul.

Nombre CP

13

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción		Nombre y firma de
	04/06 2020	Alum. sup.	Nat 100	3	X		
					Si		
					Si		
					Si		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					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 recepciona
					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 recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	

Ap
"P
a

nes

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL *ff. Velasco Cardenas 082*

Kosmin Ortiz
Nombre PSDF
Muz Diaz
Nombre CP

ID Hogar

14

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	
	<i>04/06</i> <i>1026</i>	<i>Alicia sup.</i>	<i>Nat 100</i>	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					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 recepciona
					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 recepciona
					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 por



SSEE
FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia
Gobierno de Chile

PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL los trancos 35

Carla Delgado

Nombre PSDF

Ruby Castillo

Nombre CP

ID Hogar

15

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
04/06 2020		Alicu. 5.	Nord. 100	B	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					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 recepciona
					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 recepciona
					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



Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia

Gobierno de Chile

PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL

Brigida González
Nombre PSDF

Nombre CP

ID Hogar

16

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	<i>04/06 2020</i>	<i>Alim. sup.</i>	<i>Not 100</i>	<i>3</i>	<i>X</i>	N	
					Si	N	
					Si	N	
					Si	N	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					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 recepciona
					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 recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	

Aplica par
* 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

Gobierno de Chile

ORIGINAL *Canadá 351*

Verónica Vasquez

Nombre PSDF

Marcia Valdearome

Nombre CP

ID Hogar

(b)

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica	Nombre y firma de quien recibe
	<i>04/06 2020</i>	<i>Alim. sup</i>	<i>Not 100</i>	<i>3</i>	<i>X</i>	
					Si	
					Si	
					Si	

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

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



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia

Gobierno de Chile

PROGRAMA

Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL *Parque Papa Nui 1213*

Lorena Delacoste

Nombre PSDF

Beatriz Peranta

Nombre CP

ID Hogar

18

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cant dad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	<i>04/06 2020</i>	<i>Alim. dep.</i>	<i>Nat 100</i>	<i>3</i>	<i>X</i>	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					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 recepciona
					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 recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

*Por es
adqu

