



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: MARZO 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
- ❖ Maria 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 marzo 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 fecha 27 de febrero y 04, 06, 11, 13, 18 y 20 de marzo 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 marzo 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.

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

Durante el mes de marzo 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.

1 actualización de Plan de Cuidados, conforme a evaluación de situación actual y necesidades detectadas.

4 Instrumentos de validación aplicados.

Se adjunta Documentos.



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

al

- **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.





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

Sen. A.

96

62420 ID Hogar PSDF CP Quien Participó

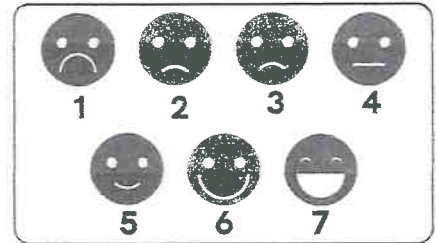
17 Día 03 Mes 26 Año

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.

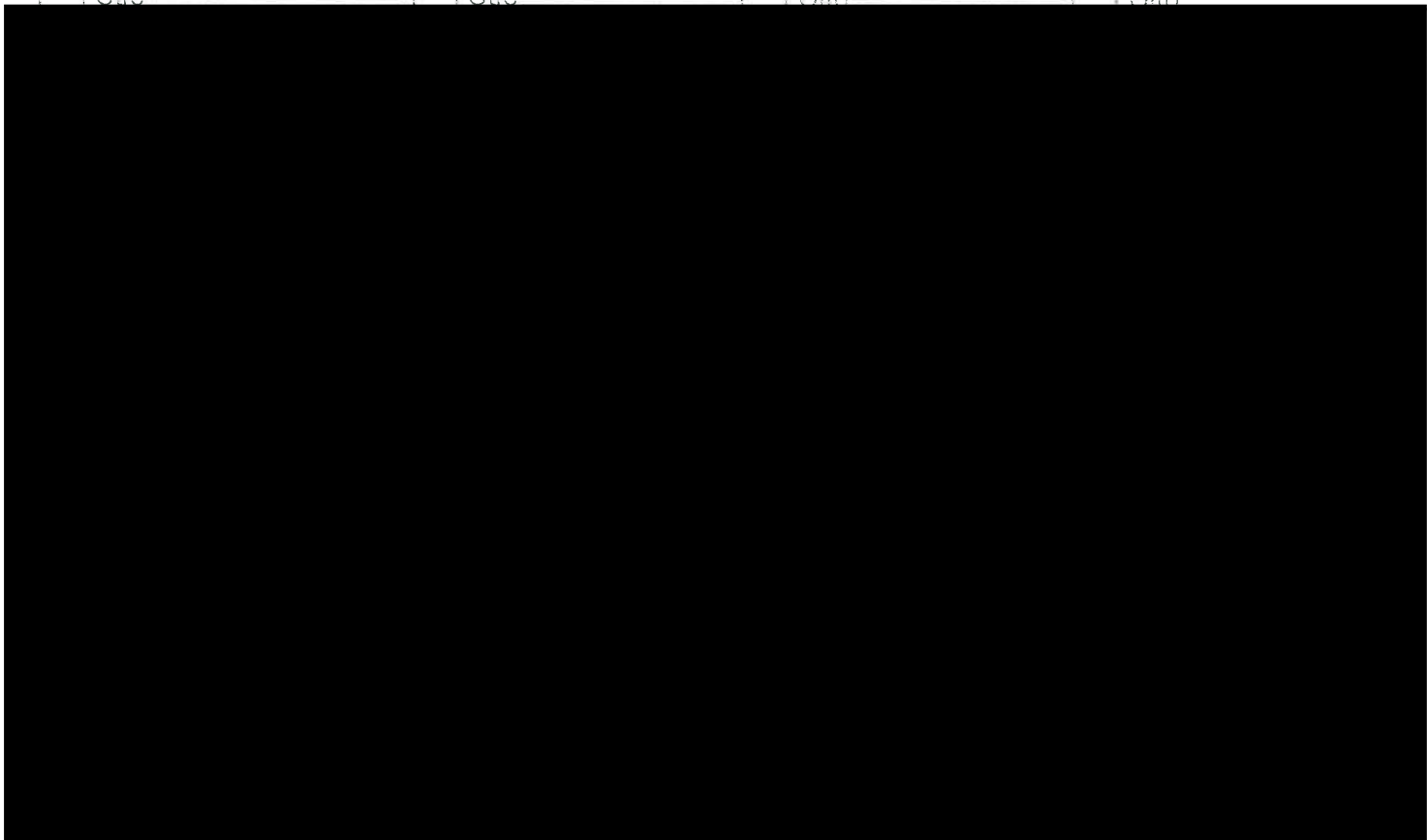


¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

SAD Nutrición Terapia Ocupacional Psicología
 Kinesiología Fonoaudiología Podología Peluquería
 Otro

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	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 escobillón
<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"/> 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	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

49330
ID Hogar

PSDF CP
Quién Participó

10
Día

03
Mes

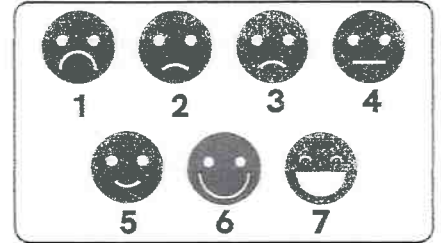
26
Año

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 sábanas

Artículos de cuidado

- Gasa
- 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 _____

Observaciones

Usuarie muy agradecida por Atender
Se observe sobre todo de CP

Valoración

SAD	7
Servicios profesional SSEE	7



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

V.2.1b.

20

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

198963
ID Hogar

18/03/2020
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

Apellido paterno

Género

Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

Comuna

Teléfono 1

2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo tiene esta dependencia?

2.2 ¿Se atiende?

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

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

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

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?

SI

NO

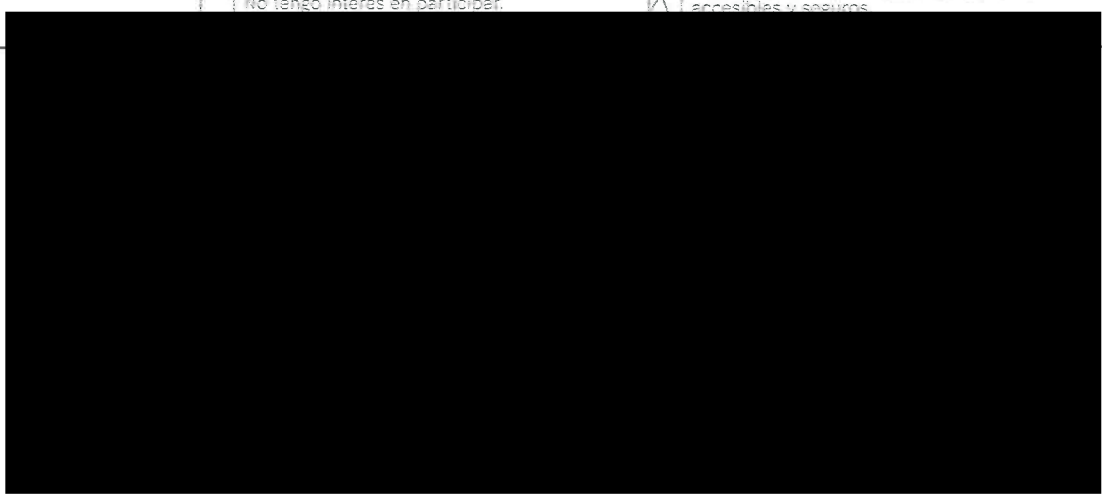
Si su respuesta es NO, seleccione los motivos (Selección múltiple)

No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.

No tengo tiempo para participar.

No tengo interés en participar.

Las actividades no se realizan en espacios accesibles y seguros.





Red Local de Apoyos y Cuidados



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

23/03/2026

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	[Redacted]
Dirección	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]
Comuna	[Redacted]
Teléfono 1	[Redacted]

2) Antecedentes

2.1 ¿Cuántos años tiene?

2.2 ¿Se atiende con algún profesional?

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

[Redacted]



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

04/03/2026
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	[Redacted]
Dirección	[Redacted]
Villa / Poblado	[Redacted]
Comuna	[Redacted]
Teléfono 1	[Redacted]
2) Antecedentes	[Redacted]
2.1 ¿Cuántos antecedentes?	[Redacted]
2.2 ¿Se atiende?	[Redacted]
2.3 ¿Desatendido?	[Redacted]

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

<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?
<input checked="" type="checkbox"/> En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?

SI

NO

Si su [Redacted]



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Unidad Nacional por la Vejez y la Infancia

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

55500
ID

05/03/2025
Fecha / 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

Apellido paterno

Género

Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

Comuna

Teléfono

2) Antecedentes

2.1 ¿Cuándo se inició?

2.2 ¿Se ha mejorado?

2.3 ¿Detalle de antecedentes?

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?

*Selección múltiple

*Personas mayores de 18 años

Talleres municipales

Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad

Junta de vecinos

Iglesia o agrupaciones religiosas

Clubes de personas mayores

Clubes deportivos

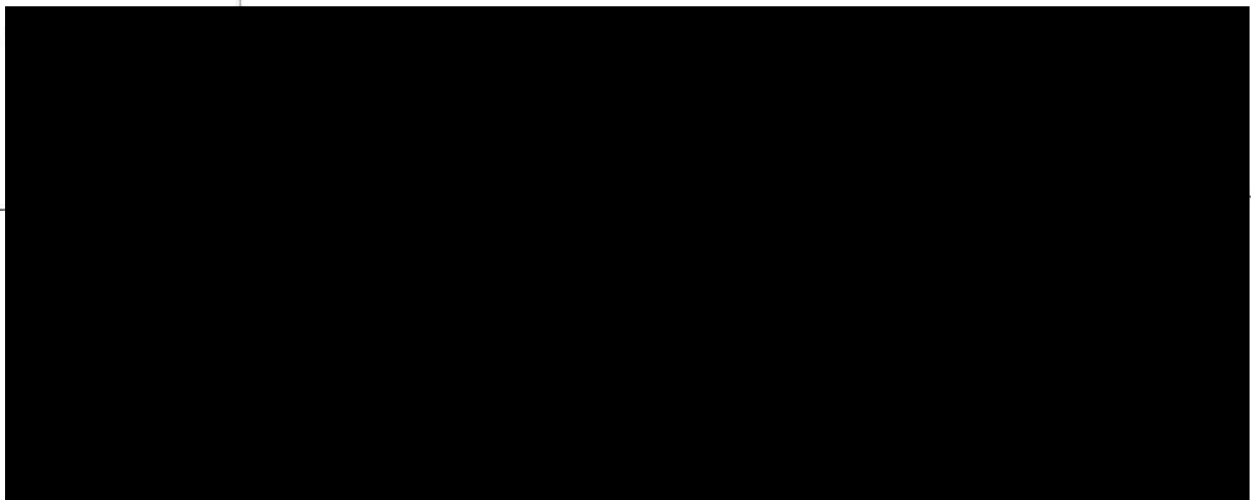
Otra ¿Cuál?.....

En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?

SI

NO





Red Local de Apoyos y Cuidados



ID Hogar

23/03/2020
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

PC N°08

Plan de Cuidados

Est... de la persona o NNA en situación de dependen-
cia... (nombre de la persona cuidadora), de acuerdo
con... pten con los requisitos de acceso al servicio.
Le... Cuidados. Con la firma de este documento, se

formaliza su ingreso al programa, el cual busca contribuir al bienestar y la calidad de vida de ambos integrantes, proporcionando servicios de apoyos y cuidados orientados a responder a las necesidades tanto de la persona en situación de dependencia funcional como de su cuidador/a principal, asegurando una atención integral que se otorgará por 12 meses.

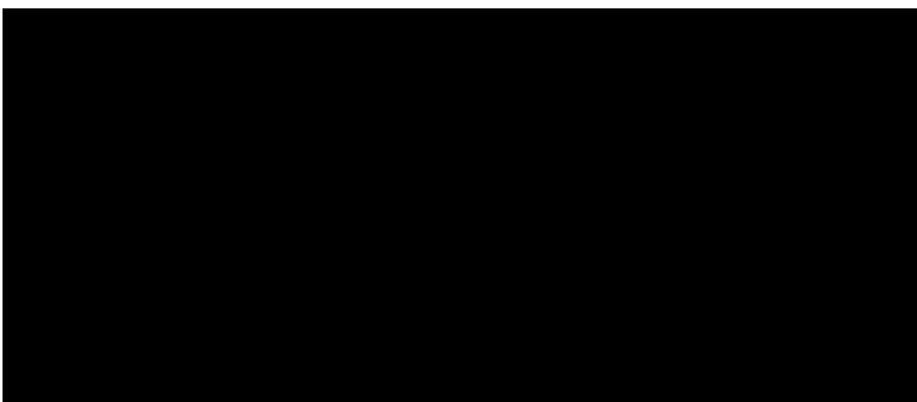
A continuación, se describen los derechos y deberes que se deben cumplir durante su participación en el programa, así como también contar con el consentimiento para la aplicación de instrumentos y el registro de información personal, familiar, social, y de salud, atinente al servicio.

DERECHOS DE USUARIO/A

- Ser informado/a sobre las características de los servicios y prestaciones.
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal, familiar e individualidad.
- Recibir los servicios en días y horas programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de la atención recibida.
- Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten la provisión de servicios o prestaciones.
- Comunicarse con la Coordinación del servicio para dudas, horarios o cualquier problema que le afecta, en el marco del programa.

DEBERES DE USUARIO/A

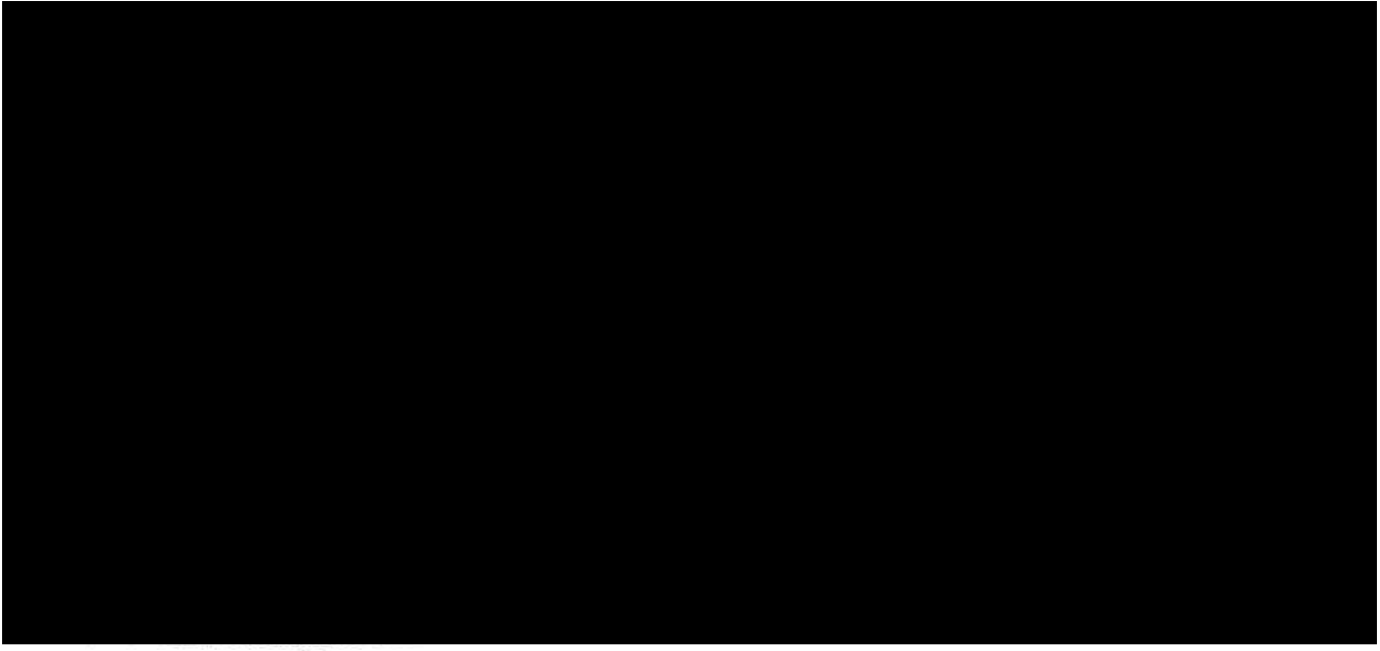
- Facilitar el acceso al domicilio de los/as Asistentes de Cuidado, profesionales y/o técnicos/as para la entrega de las prestaciones y servicios correspondientes.
- Apoyar el trabajo que desarrollarán los/as Asistentes de Cuidado y profesionales en su domicilio o en el lugar informado.
- Informar cambios, imprevistos o situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los horarios o su participación en el servicio.
- Mantener un trato respetuoso hacia los/as prestadores/as del servicio.
- Proporcionar la información necesaria para la correcta ejecución del programa y comprometerse a participar activamente.
- No ofrecer dinero, regalos ni préstamos de ninguna especie, especialmente dinero, a los/as prestadores/as del servicio.





El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el programa.

Yo, Sí (X) No (X) estoy de acuerdo con los derechos y deberes mencionados, y con mi participación en el programa, así como también valida la aplicación de instrumentos que levantarán información social de nuestra familia durante el proceso de intervención, la cual será utilizada por el programa.





Red Local de Apoyos y Cuidados



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	09/03/2026
Hora	14:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kepler

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria José Camino Peña	Asistente de cuidados	
Hellen Fuentes	Asistente de cuidados	
Constanza González	Asistente de cuidados	
Constanza Solo	Asistente de cuidados	
María Leticia	Asistente de cuidados	
Mónica Rivera	Asistente de cuidados	
Sophía Martínez	Asistente de cuidados	
Patricia Martínez R.	Asistente de cuidados	
Anaís Nahuelte	Coordinadora SAI	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Entrega de Insuros.
2	Registro de Atenciones en formato Kiikso.



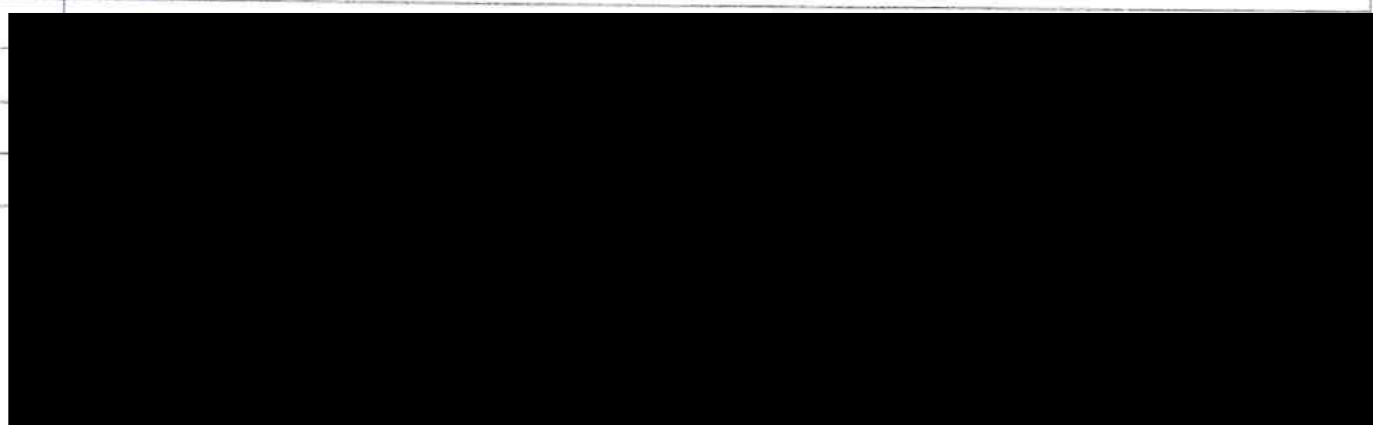
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	06/03/2026
Hora	14:00 a 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Redom

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
María José Guzmán Peña	Asistente de cuidados	[Redacted]
Helén Muñoz	Asistente de cuidados	[Redacted]
Constanza González	Asistente de cuidados	[Redacted]
Constanza Soto	Asistente de cuidados	[Redacted]
Alonso López	Asistente de cuidados	[Redacted]
María Alejandra	Asistente de cuidados	[Redacted]
Sofía Vera	Asistente de cuidados	[Redacted]
Patricia Matthei R.	Asistente de cuidados	[Redacted]
Anaís Mena	Coordinadora SAD	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunión
1	Registro de Atenciones en plataforma Cuidados
2	Gestión de casos de usuarios SAD.





Red Local de Apoyos y Cuidados



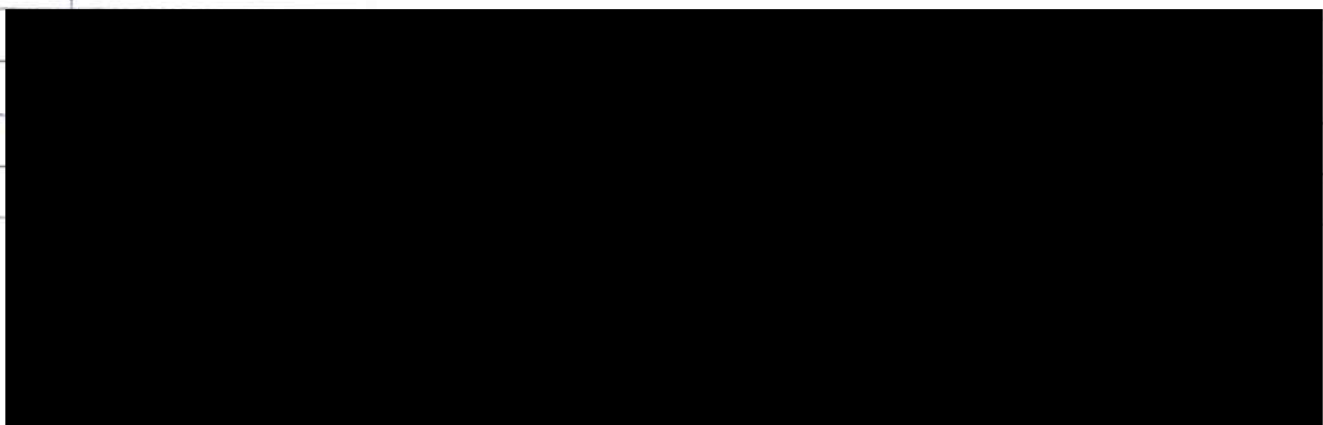
PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	11/03/2026
Hora	14:00 e 16:00.
Comuna	Padre Hurtado.
Lugar de realización	Oficina Kaplan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Marta Lucía Quiroga Zúñiga	Asesora de Gestión	[Redacted]
Hellen Quinteros	Asistente de cuidados	[Redacted]
Constanza González	Asistente de cuidados	[Redacted]
Constanza Jato	Asistente de cuidados	[Redacted]
Alondra López	Asistente de cuidados	[Redacted]
Mónica Rivera	Asistente de cuidados	[Redacted]
Patricia Martínez P.	Asistente de cuidados	[Redacted]
Sonora Hites	Asistente de cuidados	[Redacted]
Anaís Navarrete	Coordinadora	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de casos, Solicitudes de prestaciones.
2	Registro de Atenciones en plataforma Cuidados y Auto Cuidados.



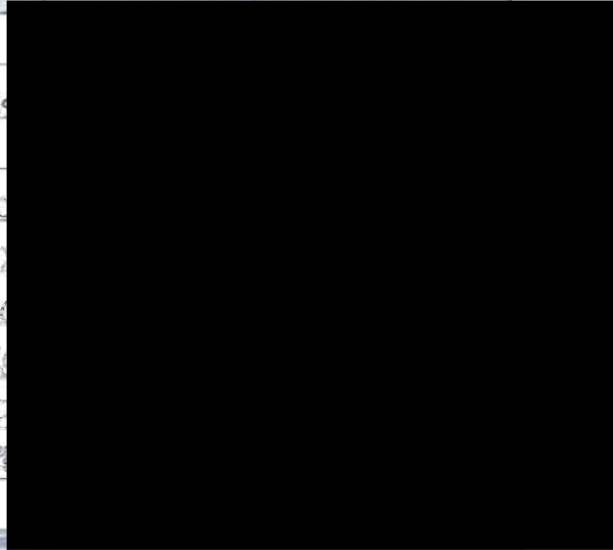


PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	13/03/2026
Hora	14:00 a 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Constanza González	Asistente de Cuidados	
Constanza Soto	Asistente de Cuidados	
Alondra LeTno	Asistente de Cuidados	
Patricio Martínez	Asistente de Cuidados	
Monice Ruero	Asistente de Cuidados	
Sohenne Tuti	Asistente de Cuidados	
Flora José González	Asistente de Cuidados	
Nellen Fuentes	Asistente de Cuidados	



N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de Crisis
2	Registro de Atenciones en plataforma mixta y psic.





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Red Nacional de Apoyos y Cuidados

18

PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	18/03/2026 ✓
Hora	14:00 a 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kodam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Hellen Fuentes	Asistente de Cuidados	
Patricio de Causimo	Asistente de Cuidados	
Anais Novemete	Coordinadora SAD	
Monica Rivera	Asistente de Cuidados	
Patricio Martinez	Asistente de Cuidados	
Johanne Ruiz	Asistente de Cuidados	
Constanza Ojeda	Asistente de Cuidados	
Monica Lopez	Asistente de Cuidados	
Constanza Soto	Asistente de Cuidados	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Revisión de Casos
2	Registro de Atenciones en Plataforma Médica





PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	20/03/2026
Hora	14:00 a 16:00 ✓
Comuna	Podre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	[Redacted]
Monica Pavez	Asistente de cuidados	[Redacted]
Patricia Restrepo	Asistente de cuidados	[Redacted]
Sophene Ruiz	Asistente de cuidados	[Redacted]
Constance Gonzalez	Asistente de cuidados	[Redacted]
Constance Soto	Asistente de cuidados	[Redacted]
Alondra Leño	Asistente de cuidados	[Redacted]
Rocio Fox Cancino	Asistente de cuidados	[Redacted]
Hellen Fuentes	Asistente de cuidados	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de casos
2	Registro de Atenciones en Plataforma Minko y Minko.

