

INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS.

NOVIEMBRE	2025
Mes	Año

I.- Datos.

1.- Nombre.	KARINA ANDREA VÁSQUEZ ORELLANA		
2.- Rut.			
3.- Nº Decreto.	Alcaldicio: 3644	Imputación: 1140596057011	Centro de Costos:
4.- Dirección a la que pertenece.	DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO - PRLAC - Servicios Especializados - SSEE		

II.- Función según lo que indica el contrato de prestación de servicios.

La profesional es la responsable del abordaje kinesiológico integral de las diádas atendidas por el programa, con el fin de promover, mantener y/o recuperar la funcionalidad motora y el bienestar físico de las personas involucradas, en el marco de un enfoque interdisciplinario y centrado en los cuidados.

Realizar el abordaje kinesiológico integral de las diádas atendidas por el programa, considerando los niveles de dependencia, necesidades específicas y contexto familiar y social.

Aplicar evaluaciones funcionales propias de la disciplina, orientadas a valorar el estado motor, la movilidad, el equilibrio, la postura, la fuerza y la funcionalidad general de las personas beneficiarias.

Diseñar e implementar planes de intervención kinesiológica individualizados, que promuevan, mantengan y/o recuperen la funcionalidad motora, considerando los objetivos del programa y las características particulares de cada diáda.

Realizar seguimiento y monitoreo continuo del proceso terapéutico, evaluando avances, dificultades y necesidad de ajustes en las intervenciones. Realizar intervenciones en terreno, ya sea en domicilio u otros espacios comunitarios, asegurando una atención contextualizada, pertinente y accesible.

Educar y orientar a personas cuidadoras y familias, entregando recomendaciones y estrategias para la movilidad segura, prevención de complicaciones y mantenimiento del bienestar físico.

Fomentar la autonomía y participación activa de las personas beneficiarias en sus actividades diarias, favoreciendo el uso funcional del movimiento en su vida cotidiana. Proponer y gestionar ayudas técnicas o adaptaciones necesarias para mejorar la movilidad, la funcionalidad y la seguridad en el entorno. Elaborar informes clínicos y registros de intervención, documentando el proceso terapéutico, evaluaciones, objetivos alcanzados y recomendaciones pertinentes.

III.- Descripción de las funciones realizadas.

1. Salida a terreno a la unidad vecinal Rural norte am y alto jahuel en bloque am y pm2. Ingreso de usuarios a la plataforma SSO.3. Convocatoria de usuarios para la Actividad del Día Internacional de los Cuidadores. Se realizó el contacto telefónico de usuarios que viven en zonas más rurales de la comuna para traslados hasta el evento que se realizará en el Centro Cultural de Buin.

1. Evaluaciones de Servicios Especializados a las diádas de las unidades vecinales de Alto Jahuel, Buin Oriente y Viluco.2. Reunión de equipo para organización para la Actividad del Día Internacional de los Cuidadores.

1. Participar de la organización, instalación, ejecución y levante de la actividad de Conmemoración del Día Internacional de los Cuidadores. Traslado de usuarios de zonas rurales hasta el centro cultural, armar los stand dispuestos en la explanada y atención de los stand del PRLAC y de alimentos saludables.

1. Jornada de trabajo administrativo, actualización de nómina central, terminar documentos de las evaluaciones de los usuarios y la profundización diagnóstica.

1. Salida a terreno en jornada am a unidad vecinal de Buin Norte y Nuevo Buin.2. Jornada pm de

trabajo administrativo, actualización de nómina central, terminar documentos de las evaluaciones de los usuarios y la profundización diagnóstica.

1. Jornada am y pm en " Proceso acompañamiento inicial a la implementación PRLAC 2025" Aproximación al territorio para la observación de modelo de gestión del programa Red Local de Apoyos y Cuidados con personal de Nivel Central y del Encargado Regional de la SEREMI. Durante la jornada se realizó la presentación del equipo, comentar sobre los roles de cada integrante y en qué etapa de la ruta de asistencia técnica nos encontramos. Identificación de los nudos críticos y posibles soluciones. También se realizó el análisis de casos complejos. Durante la tarde se dividió el equipo, un grupo se quedó en la oficina para resolver dudas con respecto al levantamiento de información en la plataforma y el otro grupo fue a terreno para evaluar el proceso de validación de datos y la realización de la entrevista inicial.

2. Salida en jornada pm a terreno unidad vecinal 9 Linderos.

1. Salida a terreno en jornada am la unidad vecinal de Valdivia de Paine, Viluco y Buin Poniente.2. Jornada pm de trabajo administrativo, actualización de nómina central, terminar documentos de las evaluaciones de los usuarios y la profundización diagnóstica.3. Salida a terreno en jornada pm a la unidad vecinal de Maipo, Nuevo buin y Recurso.

1. Salida a terreno AM en las unidades vecinal Linderos, Rural Norte, Recurso, Buin Norte.2. Jornada pm de trabajo administrativo, actualización de nómina central, terminar documentos de las evaluaciones de los usuarios y la profundización diagnóstica.3. Salida a terreno pm a las unidades vecinales de Maipo, Alto Jahuel, Villaseca y Buin Oriente.

1. Realización de curso "Introducción al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados 2025".2. Realización de curso "Introducción al Sistema de Registro del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados".3. Jornada pm de trabajo administrativo, actualización de nómina central, terminar documentos de las evaluaciones de los usuarios y la profundización diagnóstica.4. Salida a terreno pm a las unidades vecinales de Buin Poniente, Buin Norte, Recurso y Buin Sur.

1. Realización de curso online "Capacitación Abreviada Operado GSL (Gestión Social Local) Atención a Público" en bloque am.2. En bloque pm realizamos el cambio de instalación del programa a la casa del exconservador de bienes raíces de Buin, calle Carlos Condell 804.

1. Avance en la organización del nuevo espacio de trabajo.2. Salida a terreno a la unidad vecinal de Linderos en bloque am.3. Jornada pm de trabajo administrativo, actualización de nómina central, terminar documentos de las evaluaciones de los usuarios y la profundización diagnóstica.

1. Salida am a terreno a unidad vecinal Maipo para realizar evaluaciones de cada profesional2. Salida pm a terreno sector Maipo para continuar con evaluaciones del equipo SSEE3. Se realiza Evaluaciones de nómina local de la unidad vecinal de Maipo, Buin Norte, Buin Centro.

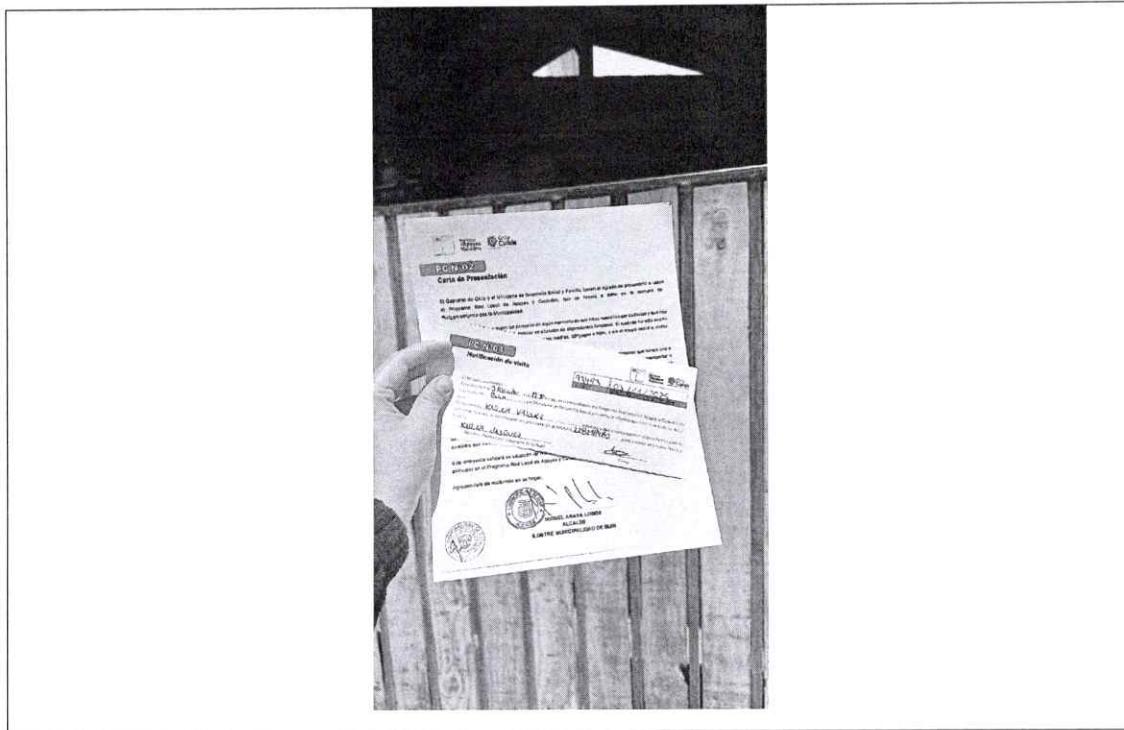
1. Salida a terreno am para realizar nómina local, en las unidades vecinales de Alto Jahuel, Rural norte, Nuevo Buin.

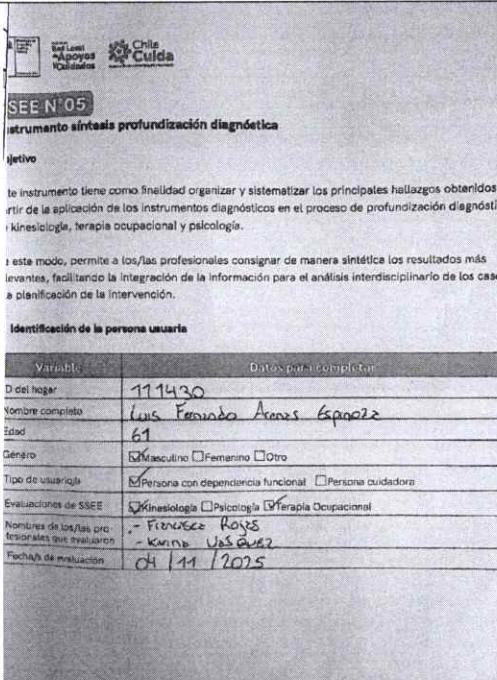
2. Jornada pm administrativa, organizar evaluaciones a realizar para los nuevos usuarios del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, llenar instrumento síntesis profundización diagnóstica realizadas ayer en jornada am en unidad vecinal am.

1. Reunión de equipo base para evaluar el despliegue del programa.2. Reunión para realizar profundización diagnóstica de las evaluaciones de los usuarios activos en Plan de Cuidado.3. Salida a terreno pm para realizar ingreso nómina local en las unidades vecinales de Buin norte y Nuevo Buin.4. Jornada pm de trabajo administrativo, actualización de nómina central, terminar documentos de las evaluaciones de los usuarios y la profundización diagnóstica.

IV.- Cobertura: (mencionar y adjuntar documentos de respaldo).

Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
2025-11-03	Notificación de Visita	FOTOGRAFÍA



Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Profundización Diagnóstica Viluco	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		

Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Evaluación de Barthel	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------

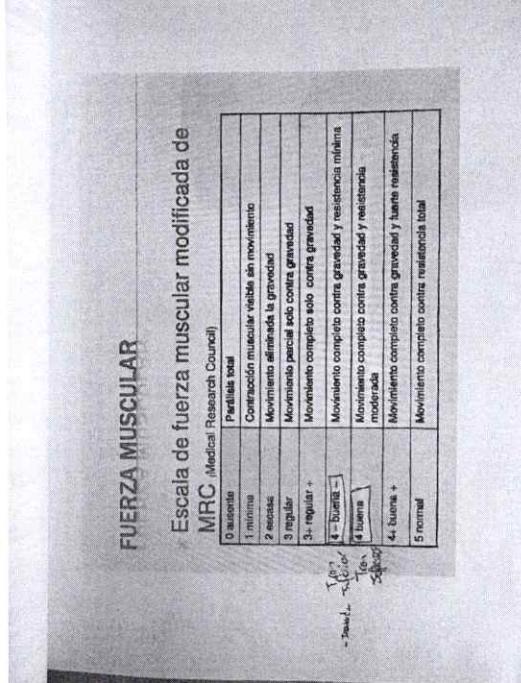
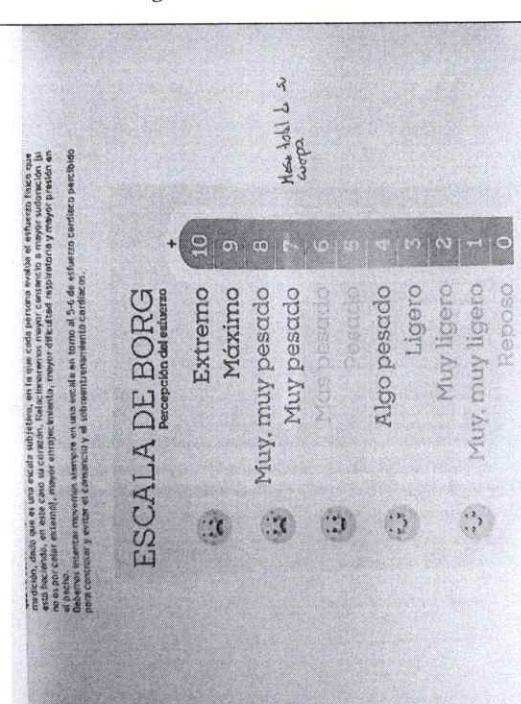
Índice De Autonomía		
Actividades básicas de la vida diaria Se puntuó la información recogida del cuestionario principal		
Perímetro	Actividad del perímetro	Puntuación
Coser	<ul style="list-style-type: none"> - Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente 	0
Lavar	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: toma y lava solo su bañera - Dependiente 	1
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: se lava de ponerse y se quita la ropa, abotonarse, meterse la ropa. - Necesita ayuda - Dependiente 	5
Arreglarse	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente 	2
Deposiciones (Véase la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> - Controladas normal - Controladas: ayuda aplicada de incontinencia, o necesita ayuda para administrar accesorios o levantarse - Incontinencia 	10
Picar (Véase la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente, o es capaz de cuidarse de la ropa si tiene una puesta - Un episodio diario como resultado de incontinencia, o necesita ayuda para limpiar la ropa - Incontinencia 	5
Lavar el pelo	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para el cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa - Necesita ayuda para el lavado, para no limpiar sola - Dependiente 	10
Trabajar	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para el cuarto de aseo - Necesita ayuda física o supervisión para lavarse - Necesita gran ayuda para ser capaz de mantenerse sentado todo el día - Dependiente 	5
Desplazar	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en el baño de codos sin ayuda - Dependiente 	10
Subir	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente 	5
Total		50
		Moderado

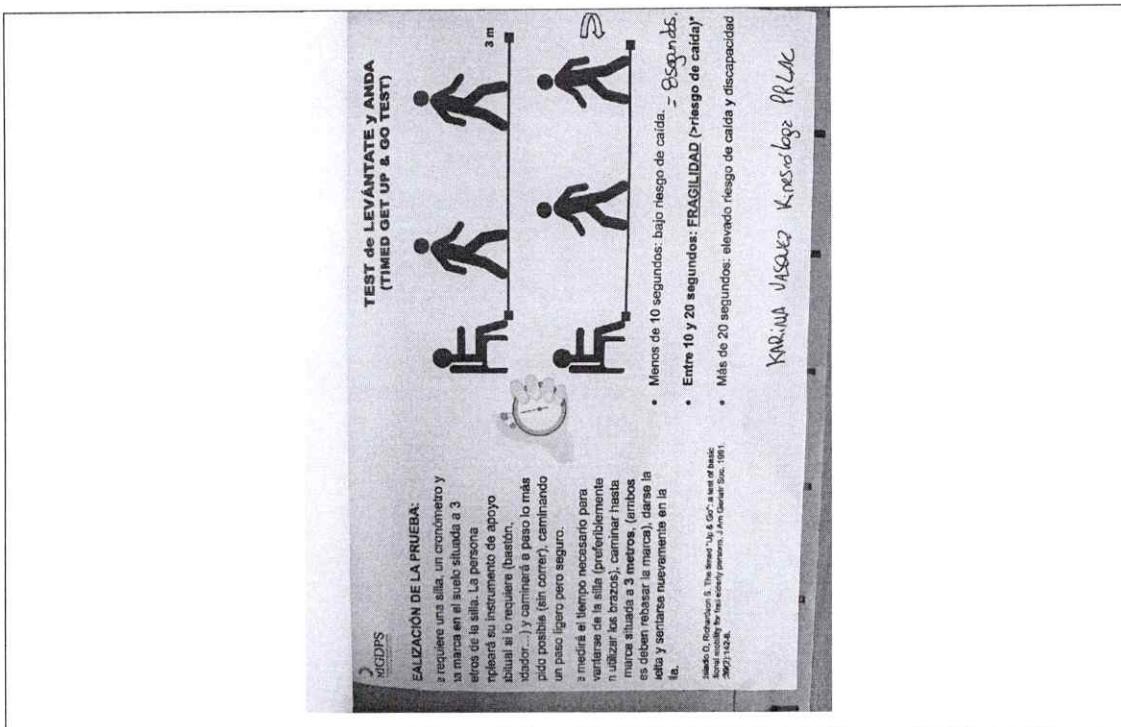
Máxima puntuación: 100 puntos (50 al 100% de niveles)

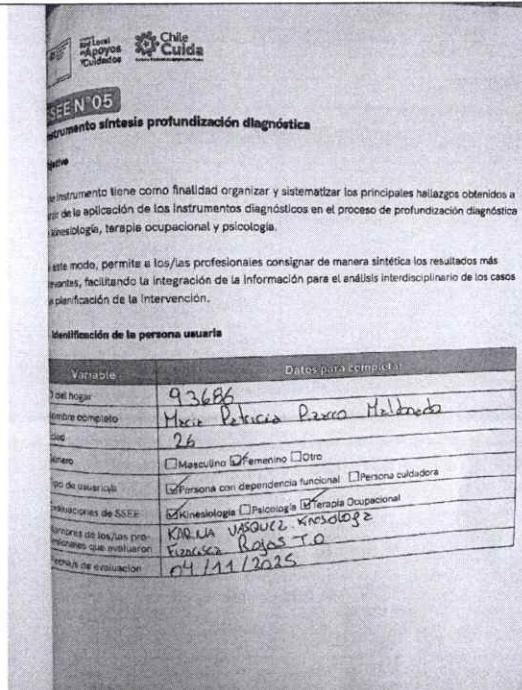
Resultado	Nivel de dependencia
< 20	Totalmente dependiente
20-35	Lenta
40-65	Moderado
70-100	Lenta
100	Independiente

Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Evaluación Tinetti	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Evaluación MRC	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------

		
Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Escala de Borg	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Test Levántate y anda	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

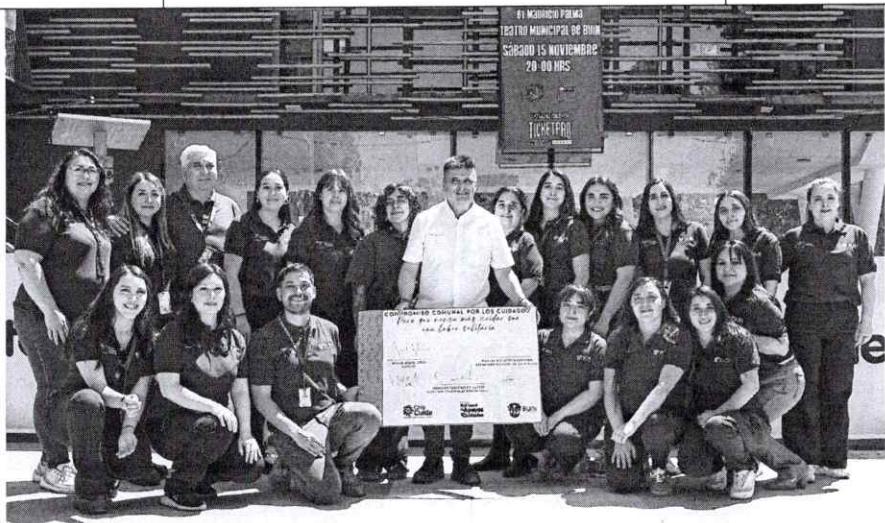


Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Profundización Diagnóstica Alto Jahuel	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA																		
 <p>Este instrumento tiene como finalidad organizar y sistematizar los principales hallazgos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos diagnósticos en el proceso de profundización diagnóstica (Kinesiología, terapia ocupacional y psicología). Este modo, permite a los/as profesionales consignar de manera sintética los resultados más relevantes, facilitando la integración de la información para el análisis interdisciplinario de los casos y planificación de la intervención.</p> <p>Identificación de la persona usuaria</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Datos para computar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre</td> <td>93686</td> </tr> <tr> <td>Nombre completo</td> <td>Mercado Patricia Puerto Melchora</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>género</td> <td><input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td>Tipo de usuario/salud</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Persona con dependencia funcional <input type="checkbox"/> Persona cuidadora</td> </tr> <tr> <td>Profesiones de SSSP</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología <input type="checkbox"/> Psicología <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional</td> </tr> <tr> <td>Nombre de los/las profesionales que evaluaron</td> <td>KARINA VASQUEZ. Kinesiologa</td> </tr> <tr> <td>Fecha de evaluación</td> <td>04/11/2025</td> </tr> </tbody> </table>			Variable	Datos para computar	Nombre	93686	Nombre completo	Mercado Patricia Puerto Melchora	Edad	26	género	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	Tipo de usuario/salud	<input checked="" type="checkbox"/> Persona con dependencia funcional <input type="checkbox"/> Persona cuidadora	Profesiones de SSSP	<input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología <input type="checkbox"/> Psicología <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	Nombre de los/las profesionales que evaluaron	KARINA VASQUEZ. Kinesiologa	Fecha de evaluación	04/11/2025
Variable	Datos para computar																			
Nombre	93686																			
Nombre completo	Mercado Patricia Puerto Melchora																			
Edad	26																			
género	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro																			
Tipo de usuario/salud	<input checked="" type="checkbox"/> Persona con dependencia funcional <input type="checkbox"/> Persona cuidadora																			
Profesiones de SSSP	<input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología <input type="checkbox"/> Psicología <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional																			
Nombre de los/las profesionales que evaluaron	KARINA VASQUEZ. Kinesiologa																			
Fecha de evaluación	04/11/2025																			

Fecha Cobertura: 2025-11-04	Descripción Cobertura: Reunión de Equipo	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-05	Descripción Cobertura: Actividad El día del Cuidador	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------



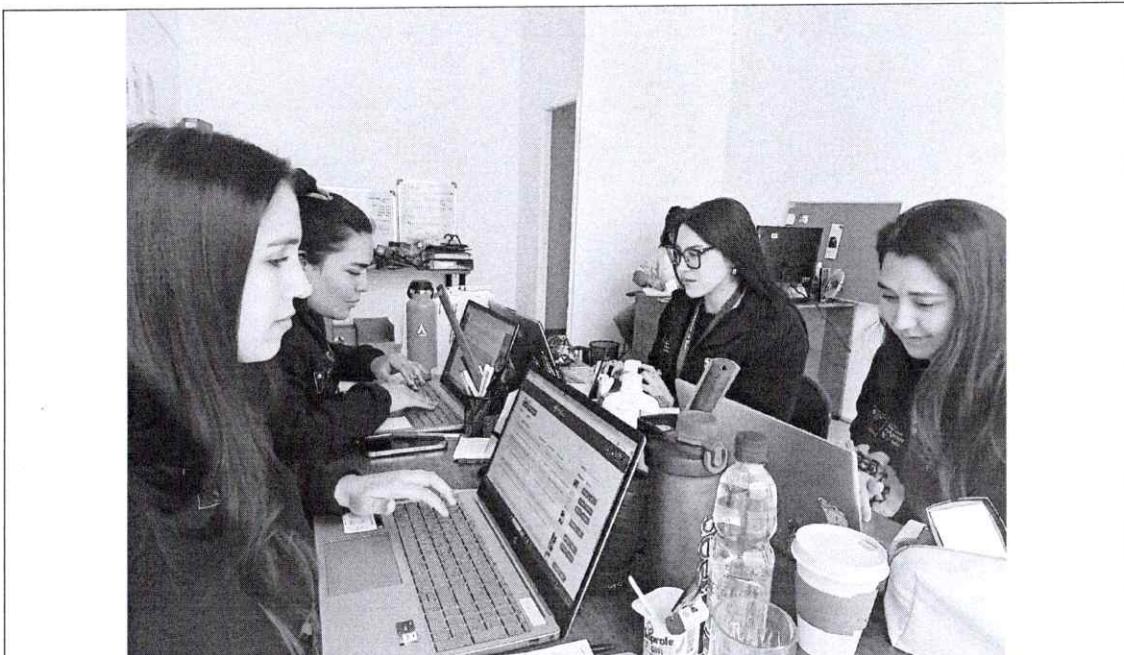
Fecha Cobertura: 2025-11-05	Descripción Cobertura: Pausa Activa	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-05	Descripción Cobertura: Reunión de Equipo PRLAC	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-06	Descripción Cobertura: Día Administrativo	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-07	Descripción Cobertura: Notificación de Visita Nuevo Buin	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-07	Descripción Cobertura: Ingreso Plan de Cuidados	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------

<p>El incumplimiento de estas acuerdos puede significar el término de participación en el programa.</p> <p>Yo, <u>X</u> (DNI No. <u>00</u>) 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.</p> <p>Personas en situación de Dependencia</p> <table border="1"> <tr> <td>Nombre: <u>Rashan Tunc Galus</u></td> <td>Apellido: <u>Patricia Galus Acevedo</u></td> </tr> <tr> <td>Nro.: <u>25662017-7</u></td> <td>Nro.: <u>13903182-A</u></td> </tr> <tr> <td>Run: <u>1424</u></td> <td>Run: <u>1001</u></td> </tr> <tr> <td>Firma: <u></u></td> <td>Firma: <u></u></td> </tr> </table> <p>Profesional integrante de la Red</p> <table border="1"> <tr> <td>Nombre: <u>KARINA VASQUEZ</u></td> </tr> <tr> <td>Nro.: <u>18515109-3</u></td> </tr> <tr> <td>Firma: <u></u></td> </tr> </table> <p> </p>			Nombre: <u>Rashan Tunc Galus</u>	Apellido: <u>Patricia Galus Acevedo</u>	Nro.: <u>25662017-7</u>	Nro.: <u>13903182-A</u>	Run: <u>1424</u>	Run: <u>1001</u>	Firma: <u></u>	Firma: <u></u>	Nombre: <u>KARINA VASQUEZ</u>	Nro.: <u>18515109-3</u>	Firma: <u></u>
Nombre: <u>Rashan Tunc Galus</u>	Apellido: <u>Patricia Galus Acevedo</u>												
Nro.: <u>25662017-7</u>	Nro.: <u>13903182-A</u>												
Run: <u>1424</u>	Run: <u>1001</u>												
Firma: <u></u>	Firma: <u></u>												
Nombre: <u>KARINA VASQUEZ</u>													
Nro.: <u>18515109-3</u>													
Firma: <u></u>													

Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
2025-11-07	Ingreso Plan de Cuidados	FOTOGRAFÍA

<p>El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el programa.</p> <p>Yo, <u>X</u> (DNI No. <u>00</u>) 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.</p> <p>Personas en situación de Dependencia</p> <table border="1"> <tr> <td>Nombre: <u>Agustine Diaz Almaz</u></td> <td>Apellido: <u>Loreto Almaz Gantil</u></td> </tr> <tr> <td>Nro.: <u>26035890-B</u></td> <td>Nro.: <u>13689004-8</u></td> </tr> <tr> <td>Run: <u>PP</u></td> <td>Run: <u>10001</u></td> </tr> <tr> <td>Firma: <u></u></td> <td>Firma: <u></u></td> </tr> </table> <p>Profesional integrante de la Red</p> <table border="1"> <tr> <td>Nombre: <u>KARINA VASQUEZ</u></td> </tr> <tr> <td>Nro.: <u>18515109-3</u></td> </tr> <tr> <td>Firma: <u></u></td> </tr> </table> <p> </p>			Nombre: <u>Agustine Diaz Almaz</u>	Apellido: <u>Loreto Almaz Gantil</u>	Nro.: <u>26035890-B</u>	Nro.: <u>13689004-8</u>	Run: <u>PP</u>	Run: <u>10001</u>	Firma: <u></u>	Firma: <u></u>	Nombre: <u>KARINA VASQUEZ</u>	Nro.: <u>18515109-3</u>	Firma: <u></u>
Nombre: <u>Agustine Diaz Almaz</u>	Apellido: <u>Loreto Almaz Gantil</u>												
Nro.: <u>26035890-B</u>	Nro.: <u>13689004-8</u>												
Run: <u>PP</u>	Run: <u>10001</u>												
Firma: <u></u>	Firma: <u></u>												
Nombre: <u>KARINA VASQUEZ</u>													
Nro.: <u>18515109-3</u>													
Firma: <u></u>													

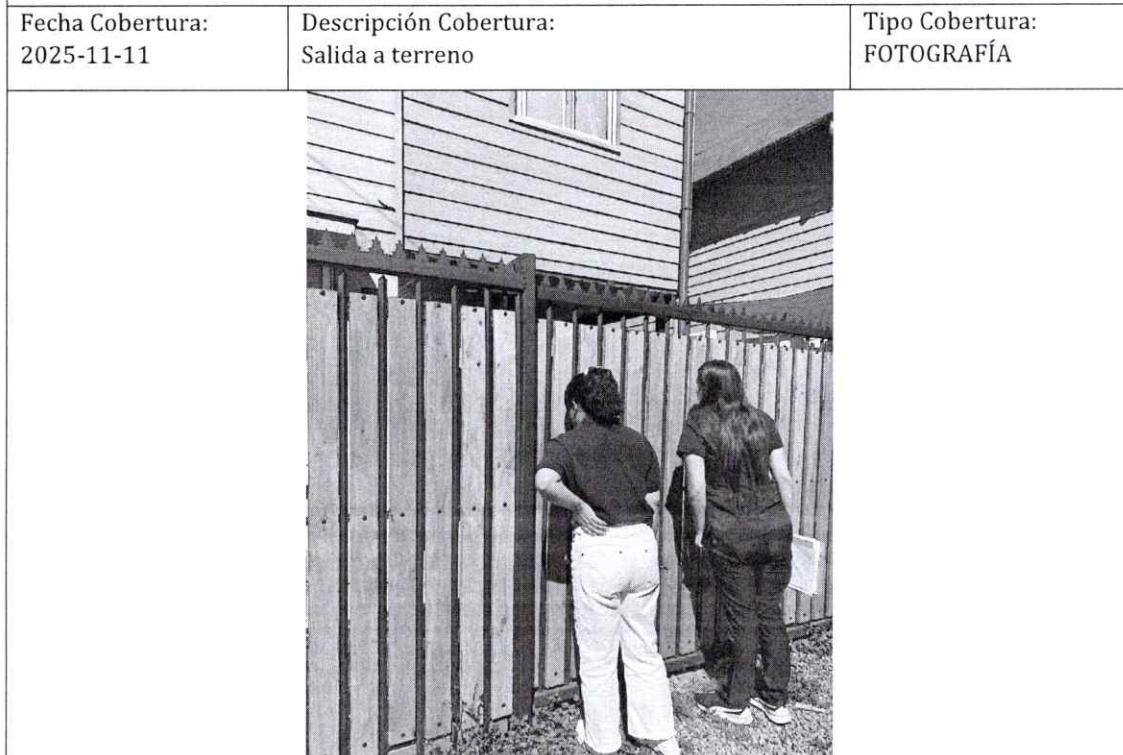
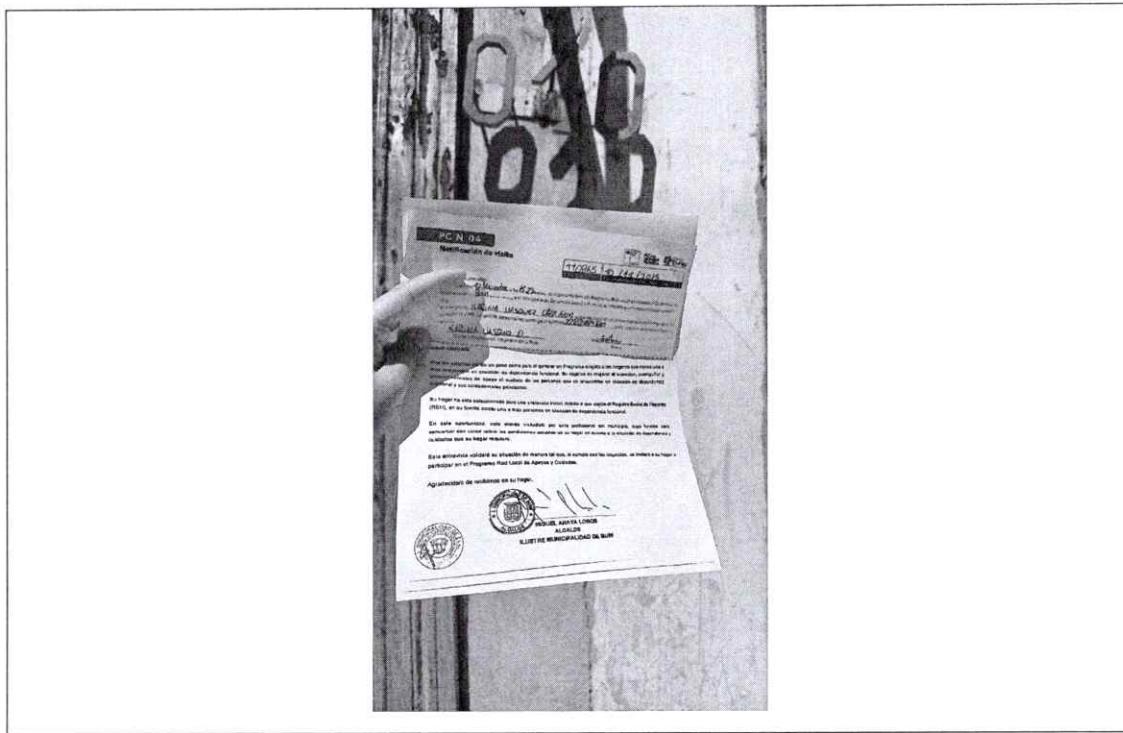
Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
2025-11-10	Reunión ce PRLAC y Ministerio Social y Familia	FOTOGRAFÍA



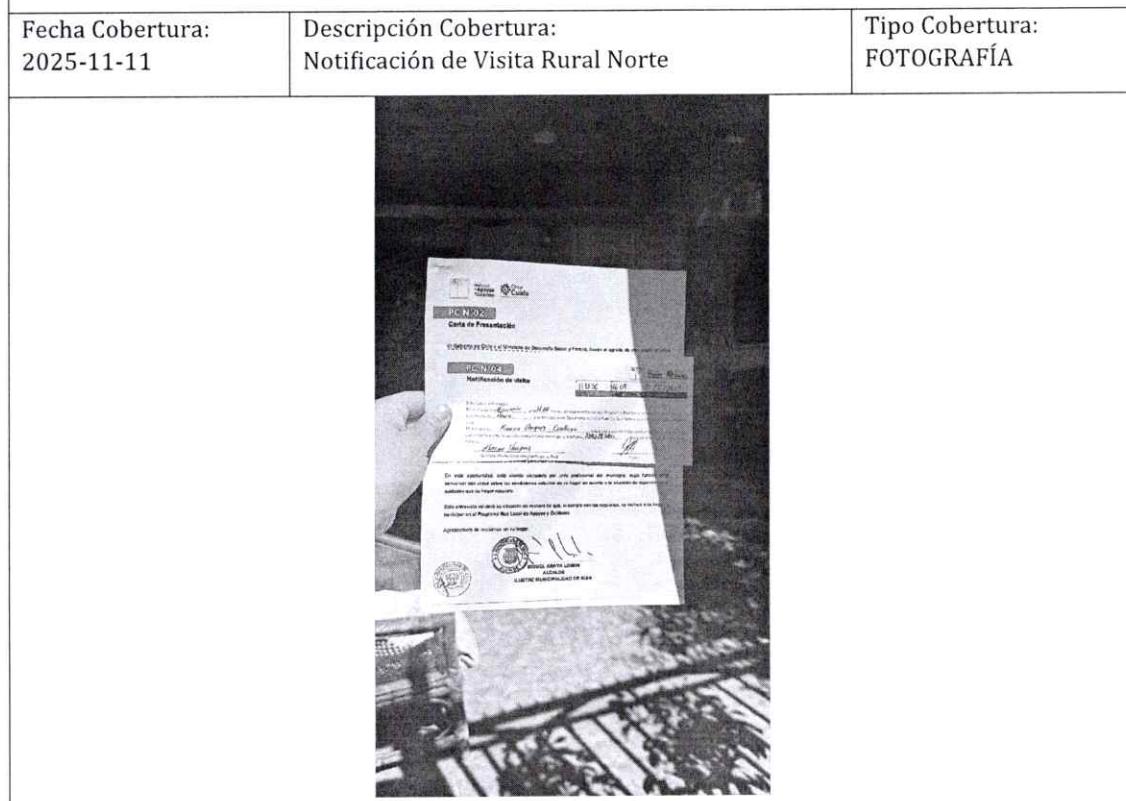
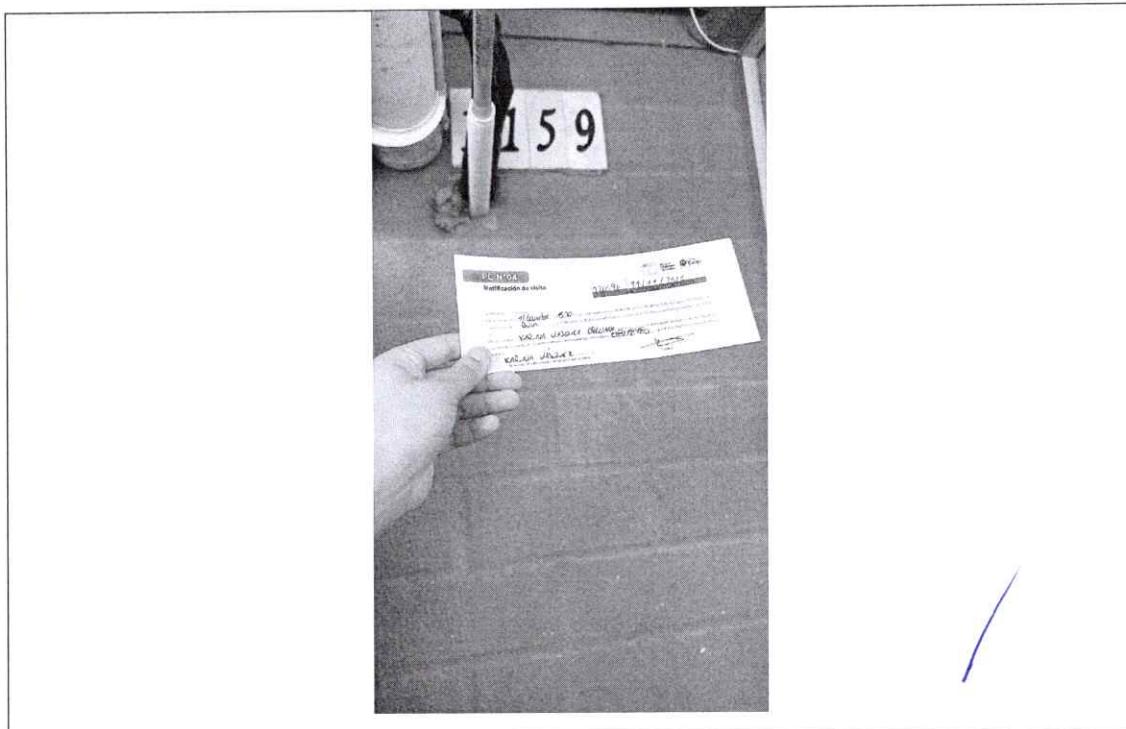
Fecha Cobertura: 2025-11-10	Descripción Cobertura: Proceso de Acompañamiento	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-10	Descripción Cobertura: Notificación de Visita	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-11	Descripción Cobertura: Notificación de Visita Buin Oriente	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------

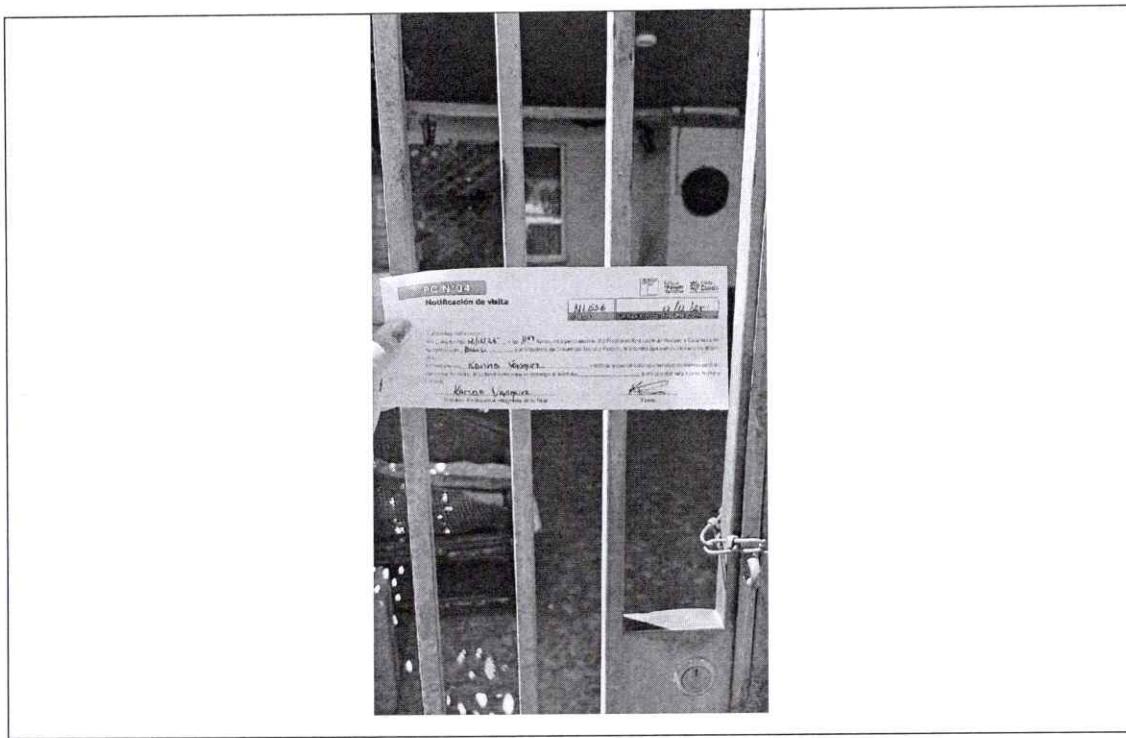


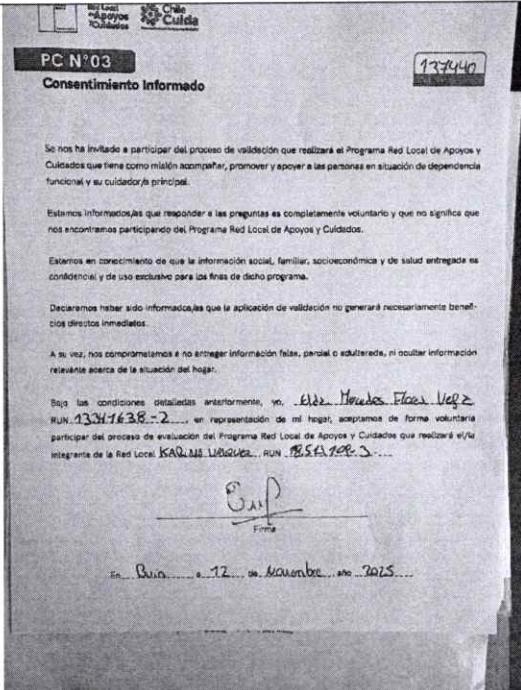
Fecha Cobertura: 2025-11-11	Descripción Cobertura: Notificación de Visita Rural Norte	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------

 <p>PC N°03</p> <p>Consentimiento Informado</p> <p>Se nos ha invitado a participar del proceso de validación que realizará el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas en situación de dependencia funcional y su cuidador/a principal.</p> <p>Estamos informados/as que responder a las preguntas es completamente voluntario y que no significa que nos encontramos participando del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.</p> <p>Estamos en conocimiento de que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines de dicho programa.</p> <p>Declaramos haber sido informados/as que la aplicación de validación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos.</p> <p>A su vez, nos comprometemos a no entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante acerca de la situación del hogar.</p> <p>Bajo las condiciones detalladas anteriormente, yo, <u>Dina Fernandez</u>, RUN <u>234032174</u>, en representación de mi hogar, aceptamos de forma voluntaria participar del proceso de evaluación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que realizará el/la integrante de la Red Local <u>Karen Valenzuela</u>, RUN <u>185151092</u>.</p> <p></p> <p>Firma</p> <p>En <u>Buin</u>, a <u>11</u> de <u>Noviembre</u>, año <u>2025</u>.</p>		
---	--	--

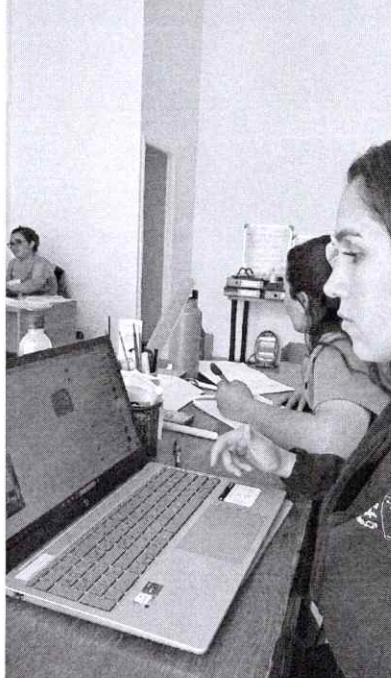
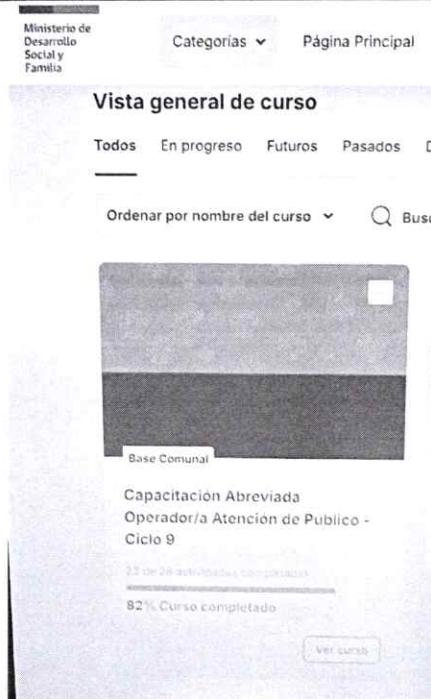
Fecha Cobertura: 2025-11-11	Descripción Cobertura: Ingreso Consentimiento Informado	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
 <p>PC N°03</p> <p>Consentimiento Informado</p> <p>Se nos ha invitado a participar del proceso de validación que realizará el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas en situación de dependencia funcional y su cuidador/a principal.</p> <p>Estamos informados/as que responder a las preguntas es completamente voluntario y que no significa que nos encontramos participando del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.</p> <p>Estamos en conocimiento de que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines de dicho programa.</p> <p>Declaramos haber sido informados/as que la aplicación de validación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos.</p> <p>A su vez, nos comprometemos a no entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante acerca de la situación del hogar.</p> <p>Bajo las condiciones detalladas anteriormente, yo, <u>Shaylin Katchan</u>, RUN <u>219028788</u>, en representación de mi hogar, aceptamos de forma voluntaria participar del proceso de evaluación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que realizará el/la integrante de la Red Local <u>Karen Valenzuela</u>, RUN <u>185151092</u>.</p> <p></p> <p>Firma</p> <p>En <u>Buin</u>, a <u>11</u> de <u>noviembre</u>, año <u>2025</u>.</p>		

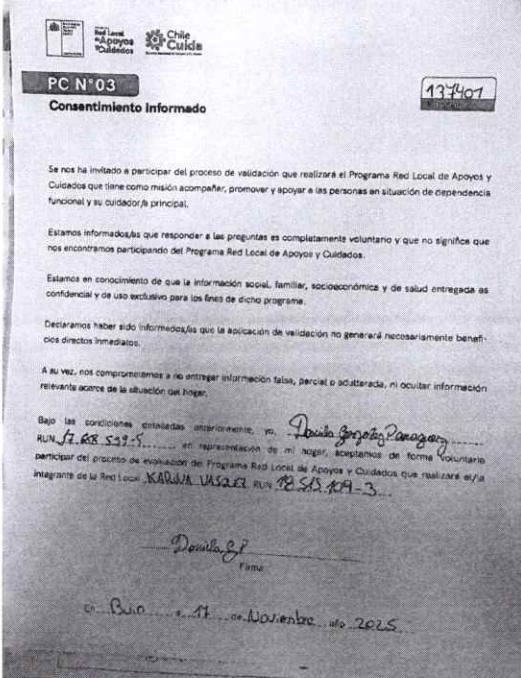
Fecha Cobertura: 2025-11-12	Descripción Cobertura: Notificación de Visita Rural Norte	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------



Fecha Cobertura: 2025-11-12	Descripción Cobertura: Consentimiento Informado	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		

Fecha Cobertura: 2025-11-12	Descripción Cobertura: Ruta 12/11/25	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------

Fecha Cobertura: 2025-11-13	Descripción Cobertura: Día Administrativo	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2025-11-14	Descripción Cobertura: Curso GSL	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		

Fecha Cobertura: 2025-11-17	Descripción Cobertura: Salida a terreno Linderos	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2025-11-17	Descripción Cobertura: Consentimiento Informado Maipo	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2025-11-18	Descripción Cobertura: Consentimiento Informado Ingreso	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

		<p>PC N°03</p> <p>Consentimiento Informado</p>
127844 <small>127844</small>		
<p>Se nos ha invitado a participar del proceso de validación que realizará el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas en situación de dependencia funcional y su entorno de principal.</p> <p>Estimamos informarles que responder a las preguntas es completamente voluntario y que no significará que nos encontremos participando del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.</p> <p>Estamos en conocimiento de que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines de dicho programa.</p> <p>Desearíamos hacerles saber informados que la aplicación de validación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos.</p> <p>A su vez, nos comprometemos a no entregar información falsa, parcial o adulterada; ni ocultar información relevante acerca de la situación del hogar.</p> <p>Respecto a las condiciones detalladas anteriormente, yo, <u>Carlos Palma Estebanez</u> <u>5813428-4</u>, en representación de mi hogar, aceptamos de forma voluntaria participar del proceso de evaluación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que realizará el/a integrante de la Red Local KARINA VELASCO, RUN <u>18.913.108-3</u>.</p> <p><u>CARLOS PALMA ESTEBANEZ</u> <u>5813428-4</u> <u>18.913.108-3</u></p> <p>En: <u>Buenos Aires, 18 de Noviembre, año 2015</u></p> <p><i>[Signature]</i></p>		

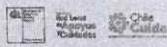
Fecha Cobertura: 2025-11-18	Descripción Cobertura: terreno Evaluación Maipo	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------

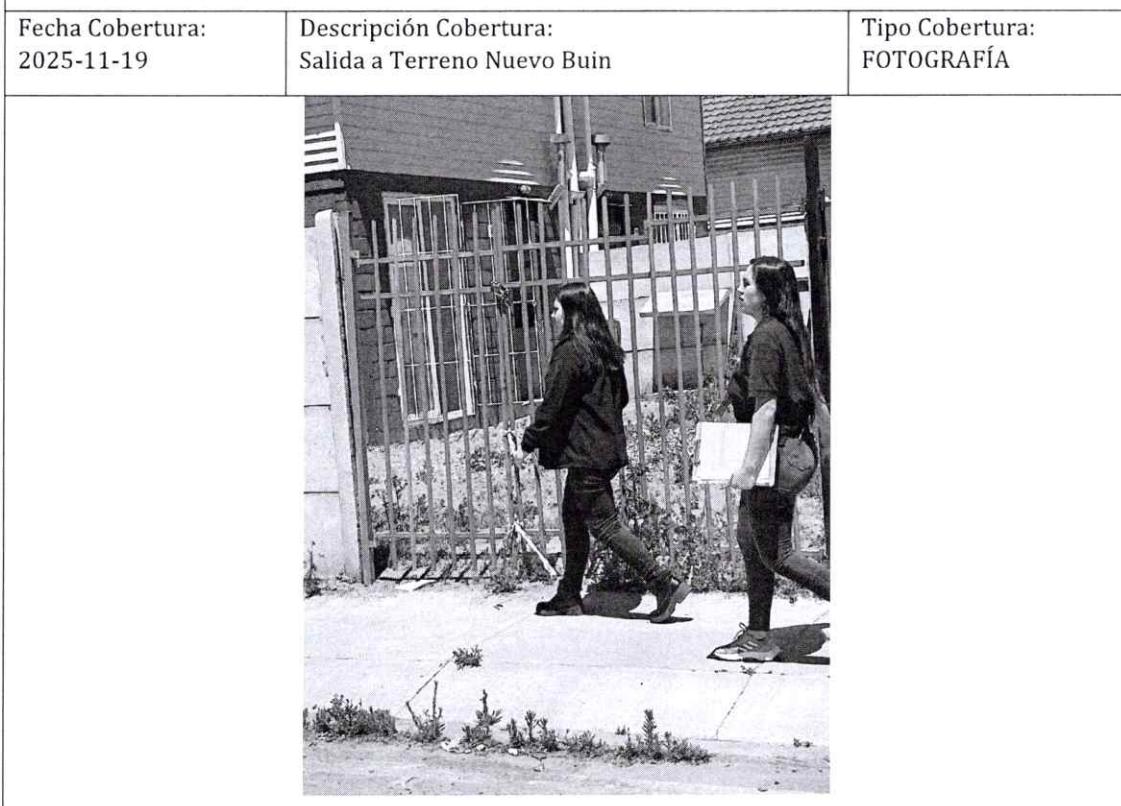


Fecha Cobertura: 2025-11-19	Descripción Cobertura: Salida a Terreno Alto Jahuel	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------



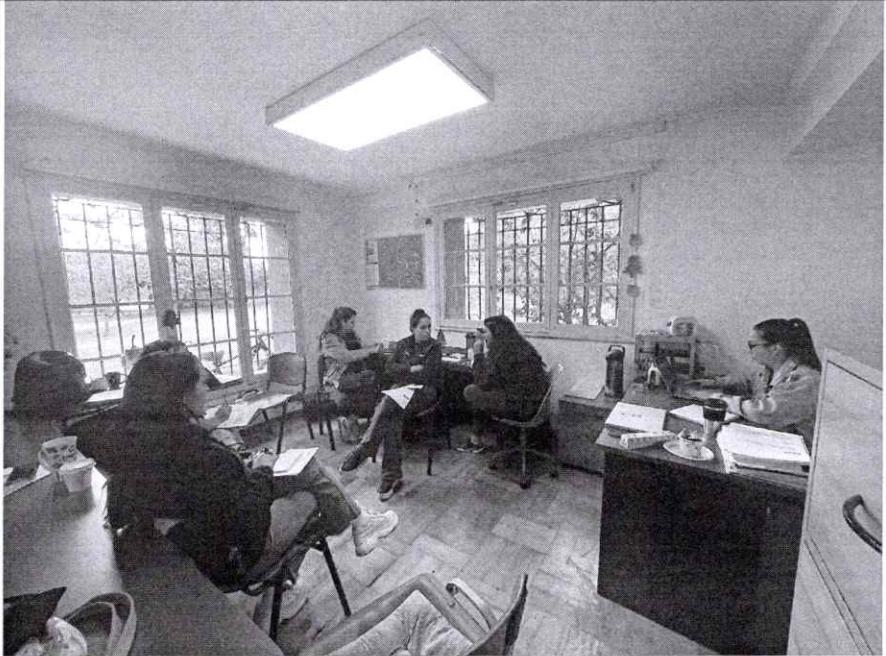
Fecha Cobertura: 2025-11-19	Descripción Cobertura: Consentimiento Informado Alto Jahuel	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	--	-------------------------------

 <p>PC N°03</p> <p>Consentimiento Informado</p> <p>131827</p> <p>Se nos ha invitado a participar del proceso de validación que realizará el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas en situación de dependencia funcional y su cuidador/a principal.</p> <p>Estamos informados/as que responder a las preguntas es completamente voluntario y que no significa que nos encontremos participando del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.</p> <p>Estamos en conocimiento de que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines de dicho programa.</p> <p>Declaramos haber sido informados/as que la aplicación de validación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos.</p> <p>A su vez, nos comprometemos a no entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante acerca de la situación del hogar.</p> <p>Declaro que bajo las condiciones detalladas anteriormente, yo, <u>Ana Soto Pérez</u>, RUN <u>14.377.462-7</u>, en representación de mi hogar, aceptamos de forma voluntaria participar del proceso de evaluación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que realizará el/a integrante de la Red Local <u>KARINA VASQUEZ</u>, RUN <u>18.515.109-3</u>.</p> <p><u>Ana Soto Pérez</u> Firma</p> <p>En <u>Buin</u> el <u>19</u> de <u>Noviembre</u> año <u>2025</u>.</p>	
---	--



Fecha Cobertura: 2025-11-19	Descripción Cobertura: Consentimiento Informado Nuevo Buin	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
--------------------------------	---	-------------------------------

	
<p>Se nos ha invitado a participar del proceso de validación que realizará el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas en situación de dependencia funcional y su cuidadora principal.</p> <p>Estamos informados/a/s que responder a las preguntas es completamente voluntario y que no significa que nos encotramos participando del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.</p> <p>Estamos en conocimiento de que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines de dicho programa.</p> <p>Declaramos haber sido informado/a/s que la aplicación de validación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos.</p> <p>A su vez, nos comprometemos a no entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante acerca de la situación del hogar.</p> <p>Bajo las condiciones detalladas anteriormente, yo, <u>Yanett Concha Tuentes</u>, RUN <u>14.506.394-4</u>, en representación de mi hogar, aceptamos de forma voluntaria participar del proceso de evaluación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que realizará el/a integrante de la Red Local <u>KARINA VASQUEZ</u>, RUN <u>1854110P-3</u>.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p>En <u>Buin</u>, a <u>19</u> de <u>Noviembre</u> del <u>2025</u>.</p>	

Fecha Cobertura: 2025-11-20	Descripción Cobertura: Análisis de Casos PRLAC	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		

V.- Observaciones.

CERTIFICADO CONTRAPARTE TÉCNICA

Yo, **JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA, DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO**, en mi calidad de contraparte técnica del prestador/a de servicios a honorarios que emite el presente informe, certifico que ha realizado sus funciones en el presente mes, en virtud al contrato de prestación de servicios que corresponde, y a los objetivos y requerimientos de las labores aprobadas por el concejo municipal o del Programa Municipal en que se desempeña.

JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

ALEXIS GABRIEL ESQUIVEL PONCE
COORDINADOR (A) PROGRAMA