



INFORME DE PAGO AÑO 2025

Funcionario: **Cecilia Donaire San Martín**

Cargo: **Kinesiólogo**

Mes Correspondiente: **Mayo 2025**

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 2025:

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Realizar tratamiento y educación individual y/o grupales del servicio especializado de Kinesiología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Realizar ingreso de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Actividades de acuerdo con los cometidos:

- **Realizar tratamiento y educación individual y/o grupales del servicio especializado de Kinesiología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y cuidados.**

Se realizó atención kinésica y plan de intervención asociado al programa usuarios de los cuales:

Calendario del mes de Abril, se adjuntan registros de atenciones

Lunes	Miércoles	Viernes	Sábado
	16-04-2025 Rafael San Martín Olgún María Brizuela ✓ Arévalos Margarita Lineros ✓	18-04-2025 Se asiste a actividad Jesucristo Superstar	
21-04-2025 Manuel Naranjo Marín ✓ Martín Cuevas Sandoval ✓ Violeta Ramírez Cofre ✓ Hermán Ortiz San Martín ✓ Juan Arenas Becerra ✓	23-04-2025 Julio Sánchez Barrera ✓ Sergio Salas Corvalán ✓		25-04-2025 Miguel Fuentes ✓



28-04-2025 Ruby Castillo Jorquera ✓ Evaristo Cea Huenchumil ✓ Alicia Lepe Lepe ✓ Manuel Faúndez Rojas ✓ Mario Vásquez Valderrama ✓	30-04-2025 Fresia Tobar Millacari ✓ Rosa Otilia Tobar Millacari ✓ Margarita Arroyo Cordero ✓ María Brizuela Arévalos ✓	
---	--	--

Calendario del mes de Mayo, se adjuntan registros de atenciones

Domingo	Lunes	Miércoles	Viernes
			02-05-2025 Eduardo Molina ✓ Cayuqueo Martín Cuevas ✓ Sandoval Violeta Ramírez ✓ Cofre Miguel Fuentes ✓ Martínez ✓
04-05-2025 Mario Vásquez Valderrama ✓ Manuel Faúndez Rojas ✓	05-05-2025 Margarita Arroyo Cordero ✓ Rafael San Martín Olgún ✓ Sergio Salas Corvalán ✓ Carlos Soto Hernández ✓	07-05-2025 Fresia Tobar Millacari ✓ Rosa Tobar Millacari ✓ Ana Gutiérrez Venegas ✓ Hermán Ortiz San Martín ✓ Juan Arenas Becerra ✓	
	12-05-2025 Luis Martínez Vidal ✓ Rosalba Martínez Vidal ✓ María Brizuela Arévalos ✓ Margarita Lineros ✓	14-05-2025 Julio Sánchez Barrera ✓ Gladys Andrade Olavarría ✓ Brígida González Águila ✓ Reunión equipo SS.EE.	16-05-2025 Reunión de equipo SNAC

- **La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención kinésica.**



- **Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.**

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

Reunión equipo SNAC, donde se registran nuevos ingresos y se entrega información relevante. Se adjunta documento de asistencia.



Actividad "Jesucristo Superstar"

- **Realizar ingreso de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.**

Se realizan informes y se ingresa a plataforma Red Local de apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo social y Familia.

Sistema Red Local de Apoyos y Cuidados

Bienvenido(a): CAMILO ANDRES DONAIRE SAN MARTIN

Trazabilidad **REPORTES**

Trazabilidad Hogares

Filtros

Región	Provincia	Comuna
METROPOLITANA DE SANTIAGO	TALAGANTE	PADRE HURTADO
N° de Hogares a Mostrar	Búsqueda por	
Todos	ID Hogar	10022
Estado Hogar		
Selecciona		

Buscar

Hogares

Prevenir a Fianza

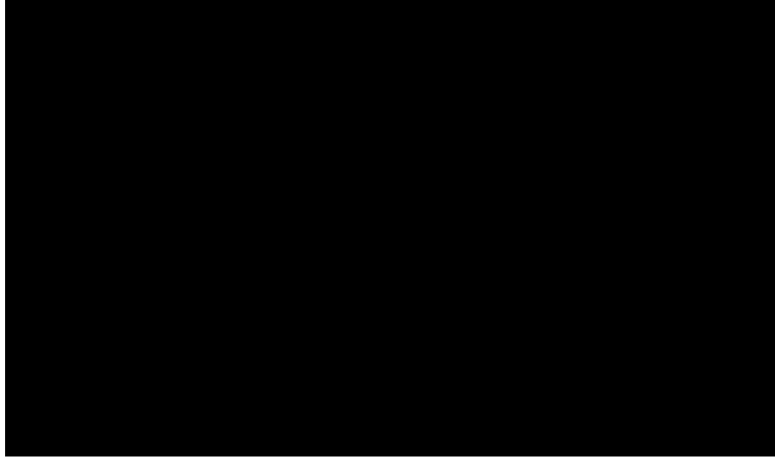


DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

db



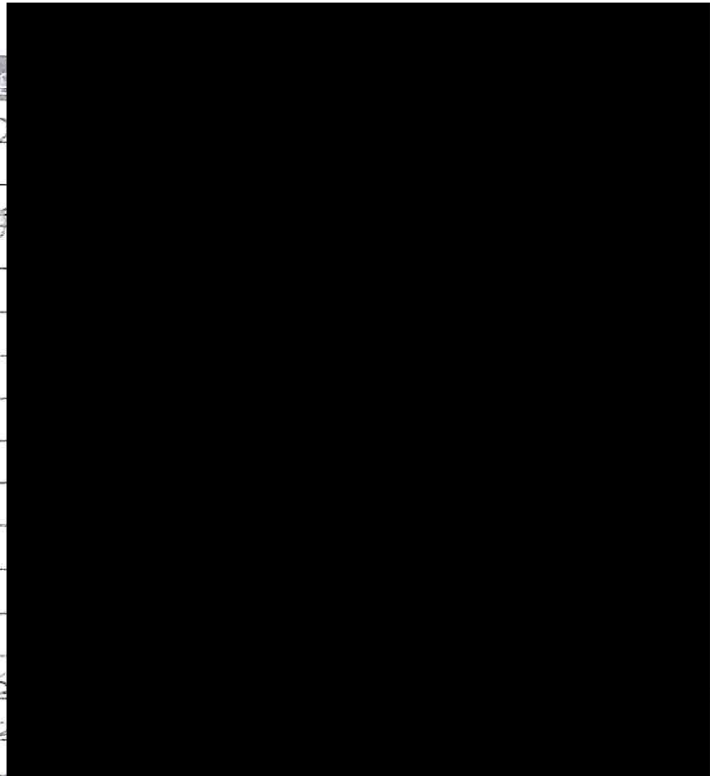
FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 16/05/2025
 Hora: 13:30 - 17:00
 Comuna: Padre Hurtado
 Lugar de realización: Oficina Chaplan

Proyecto
 ANOVOS
 Salud

Participantes

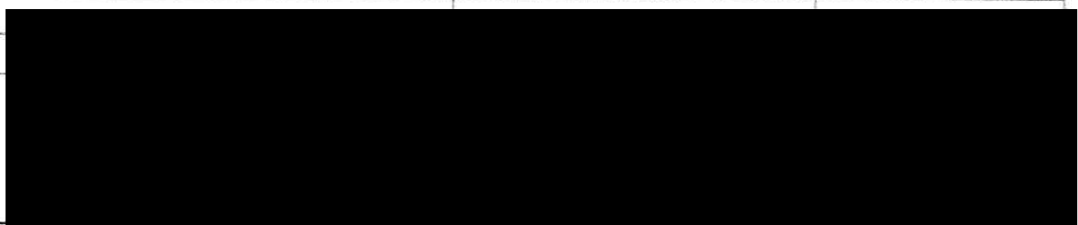
Nombre Apellido	Cargo, institución o Pro
Ancos Nuvenete	Coordinadora SPC
Johanna Soto	AC
Pedro Ramirez	AC y psicólogo
Carolina Espinoza	AC
Romulo Rivera	AC
Belen Lizama	A.C.
Constanza Soto	AC
Pamela Jose Gonzalez	AC
Alfonso Lopez	AC
Belen Fuentes	TENS
Carola Dezaire	Antropólogo
Sebastien Hotz	Psicólogo
Patricio Aballay	T.O
Darcia Bohavender	Coordinadora SS
Christopher Rosales	Gestor comunitario



N°	Temas a tratar en reunión
1	Entrega de Informes a pago
2	Solicitudes de Insumos para trabajo
3	Actualización de casos en los Reyes
4	Se entrega información sobre protocolo de violencia de género
5	Solicitudes de ayuda técnica para usuarios

Desarrollo
 ④ Se entregan nuevos teléfonos.

N°	Acuerdos / compromisos
1	entrega de Informes de Ape
2	Solicitud de Insumos
3	entrega de números vivientes de jeren



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

09

Amelia Dorete San Martín
Nombre Profesional

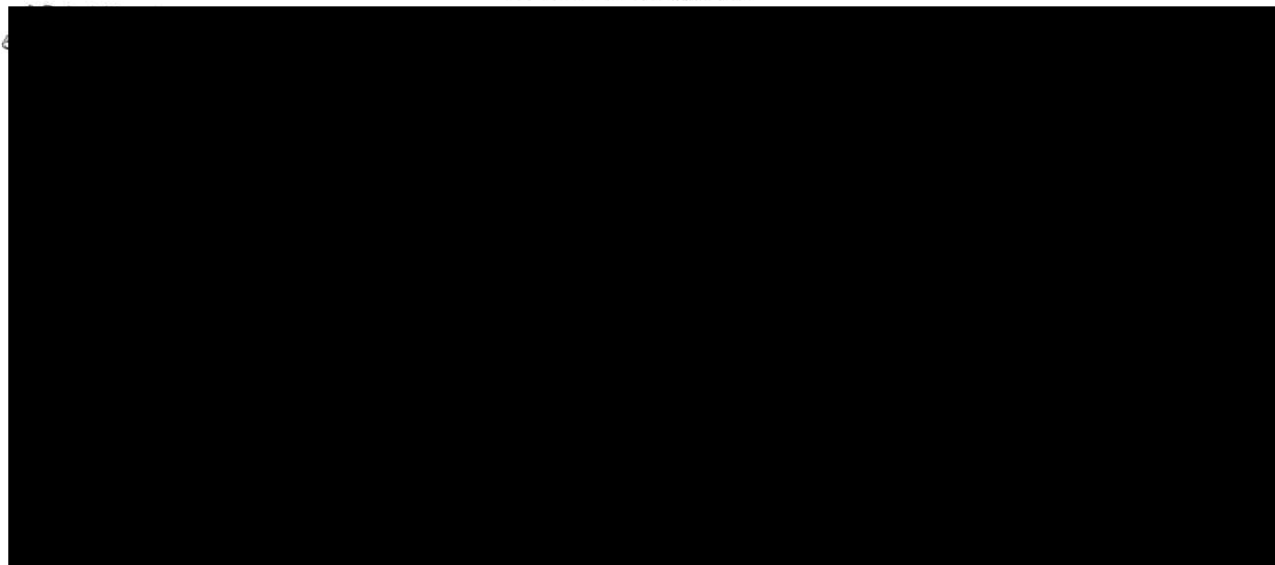
Neurología
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A		ID HOGAR		PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
María Brizuela Arévalo					
Nº de sesión: <u>1</u>	Ámbito(s): <u>E</u>	Fecha: <u>17-03-2025</u>	Horario: <u>10:00</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
				Se realiza evaluación.	
Nº de sesión: <u>2</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>16-04-2025</u>	Horario: <u>10:00</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
				Se realiza educación y utilización de EESS y EELL.	
Nº de sesión: <u>3</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>30-04-2025</u>	Horario: <u>10:00</u>	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
				Se realiza sesión de acompañamiento junto a movilidad pasiva general.	
Nº de sesión: <u>4</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>12-05-2025</u>	Horario: <u>13:00</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
				Se realiza movilidad pasiva de EESS y EELL.	

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



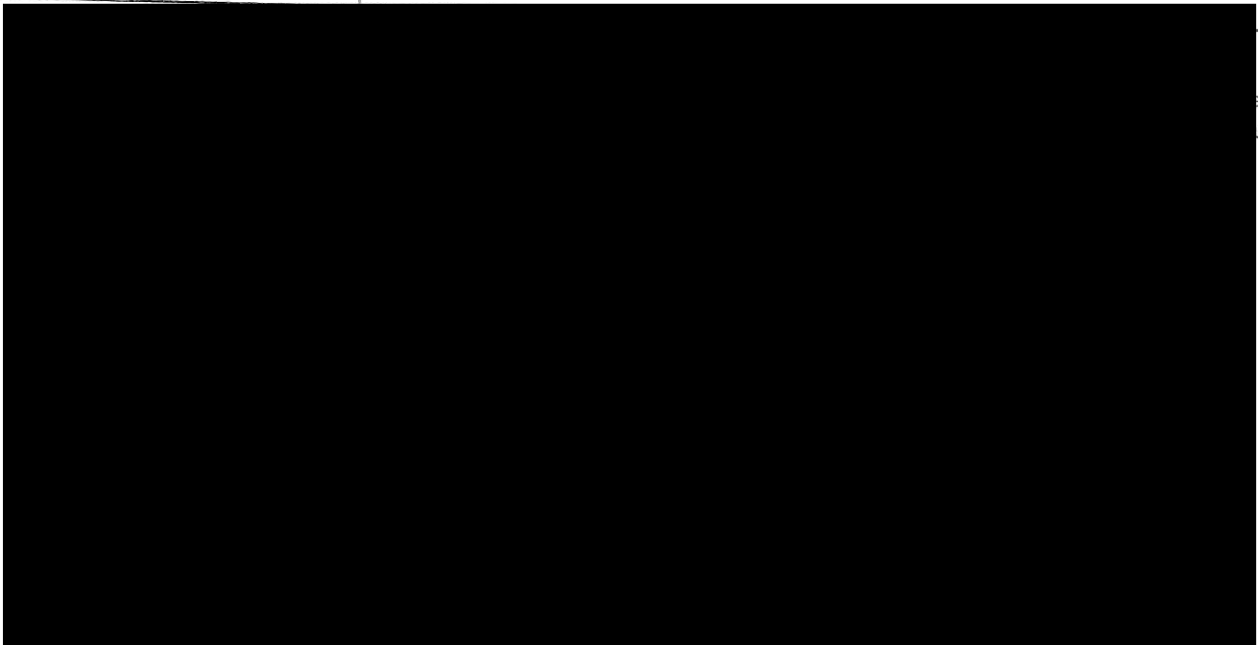
Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Profesional: Miriam Denise San Martín
 Especialidad: Kinesióloga

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A <u>Berrio Balas</u>		ID HOGAR	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>23-04-2025</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <u>Se realizan ejercicios de movilidad de EESS y ECII.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>25-05-2025</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <u>Se realizan ejercicios de flexibilidad y fuerza de EESS y ECII.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones		Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones		Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>



Legal,
Uación

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Camilo Domínguez San Martín
Nombre Profesional

kinesióloga
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

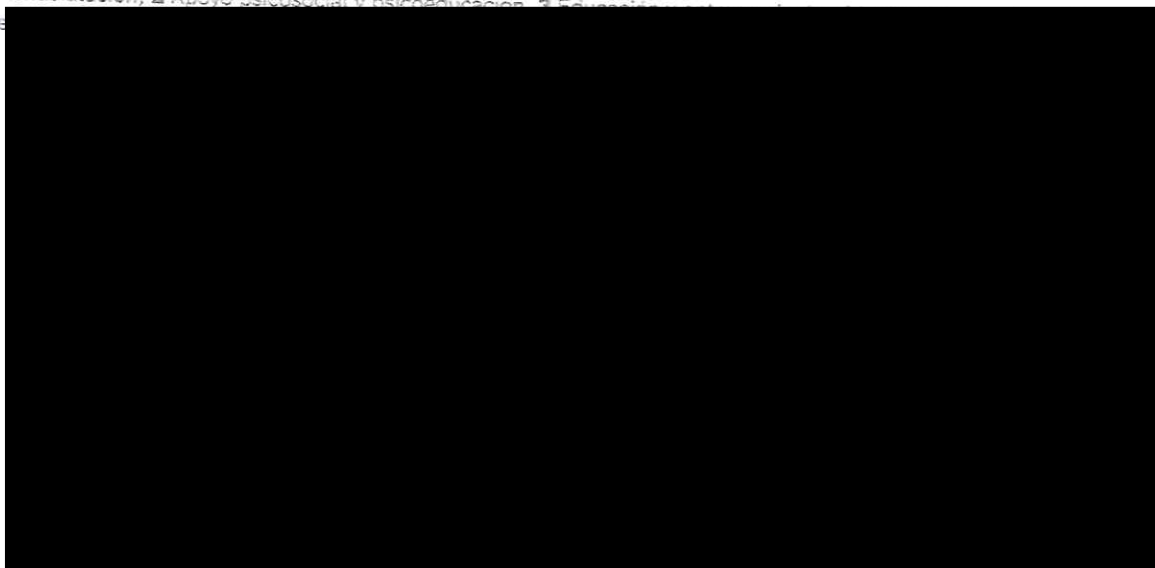
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A <u>Martín Cuevas Sandoval</u>		ID HOGAR <u>44324</u>	PSDF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u>	Ámbito(s): <u>6</u>	Fecha: <u>19-03-2025</u>	Horario: <u>16:00</u>
Observaciones <u>Se realiza evaluación</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>2</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>14-04-2025</u>	Horario: <u>16:00</u>
Observaciones <u>Se realizan ejercicios de fuerza y flexibilidad de ECSS y EELL.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>3</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>21-04-2025</u>	Horario: <u>16:00</u>
Observaciones <u>Se realiza educación y reforzamiento de rutina y plan de tratamiento</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>4</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>02-05-2025</u>	Horario: <u>17:00</u>
Observaciones <u>Se realizan ejercicios de fuerza de ECSS y EELL.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación, 4 Asesoría, 5 Evaluación, 6 Biotecnología

Legal, uación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Profesional: Amalia Donato San Martín

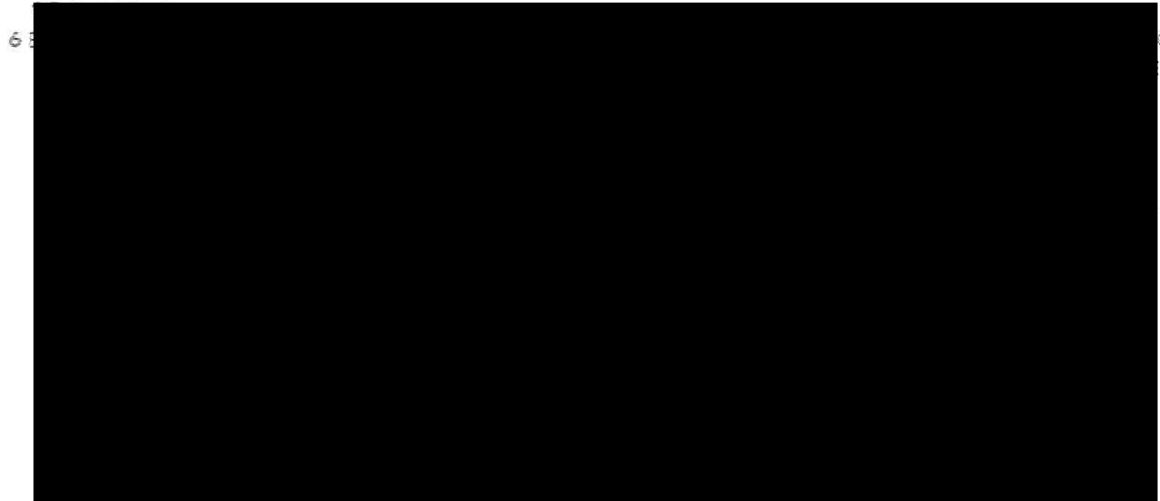
Especialidad: Psicología

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A		ID HOGAR	PSDF <input type="checkbox"/>	CPT <input checked="" type="checkbox"/>
Margarita Linares				
Nº de sesión: <u>1</u>	Ámbito(s): <u>E</u>	Fecha: <u>17-03-2025</u>	Horario: <u>10:00</u>	Observaciones: <u>Se realiza evaluación.</u>
				Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>16-04-2025</u>	Horario: <u>10:00</u>	Observaciones: <u>Se realiza reforzamiento de ejercicios de fuerza de EESS y EELL.</u>
				Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>12-05-2025</u>	Horario: <u>14:00</u>	Observaciones: <u>Se realizan ejercicios de fuerza en EESS y EELL.</u>
				Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____	Observaciones: _____
				Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



oyo legal,
Evaluación

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

13

Nombre Profesional: Carmita Denise San Martín

Especialidad: kinesióloga

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: Viola Ramírez López ID HOGAR: 44324 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>19-03-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>14-04-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <u>Se realiza educación y ejercicios de fuerza y flexibilidad.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3-6</u> Fecha: <u>21-04-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <u>Se realiza educación sobre evolución actual de PSDf y su importancia de mantener actividades físicas.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>3-6</u> Fecha: <u>02-05-2025</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <u>Se realiza ejercicios de flexibilidad de cels y cell.</u>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN





Amado Donato Sosa Hato
 Nombre Profesional _____
 Especialidad _____

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Jho Sánchez Briceo ID HOGAR 10095 PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): E Se realiza evaluación
 Fecha: 23-03-2025
 Horario: 11:00

Nº de sesión: 2 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 Se realiza educación sobre condición actual y armado de plan de tratamiento
 Fecha: 23-04-2025
 Horario: 15:00

Nº de sesión: 3 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 Visita fallida.
 Fecha: 14-05-2025
 Horario: 10:00

Nº de sesión: _____ Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): _____
 Fecha: _____
 Horario: _____

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Ref
6 Bien



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Camilo Donoso San Martín
 Nombre Profesional
 Fisioterapeuta
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

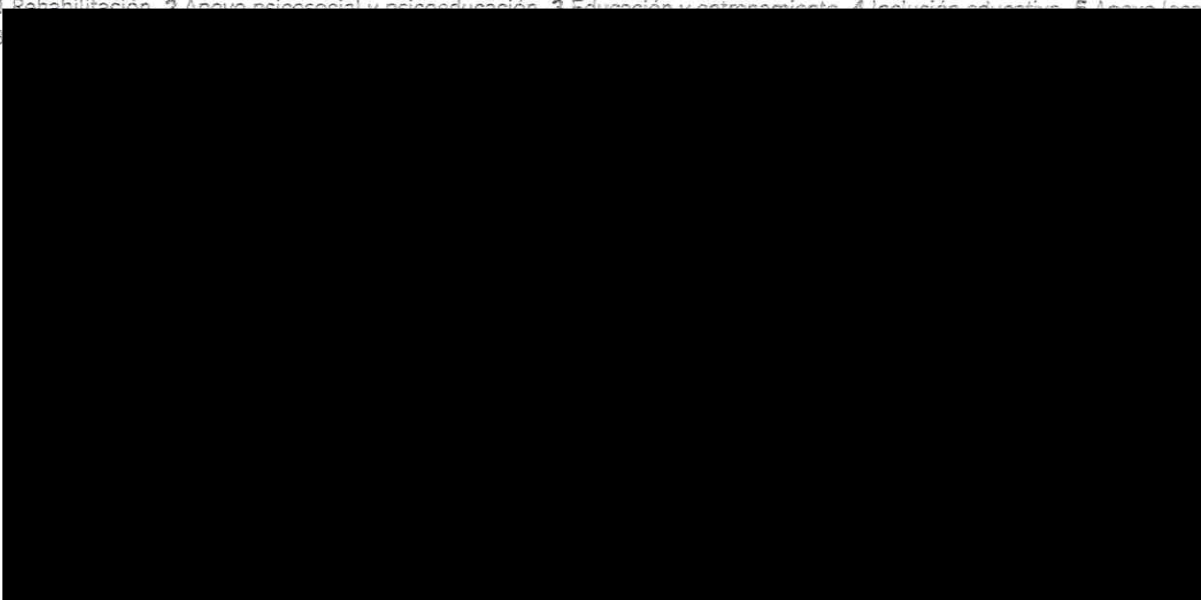
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Luis Martínez Vidal ✓ ID HOGAR 15105 PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>24-03-2025</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones Se continúa con plan de tratamiento. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>07-04-2025</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones Se continúa con plan de tratamiento. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>11-05-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones Se realiza movilidad pasiva general y flexibilidad en caderas y codo. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Educación de cuidadores, 7 Apoyo a cuidadores, 8 Apoyo a cuidadores, 9 Apoyo a cuidadores, 10 Apoyo a cuidadores



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Pamela Domínguez San Martín
 Nombre Profesional
Neurologa
 Especialidad

10

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Rosalba Martínez Urdal* ✓ ID HOGAR *15105* PSDF CP

Nº de sesión: 5 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continua con plan de tratamiento.*
 Fecha: 24-03-2025
 Horario: 17:00

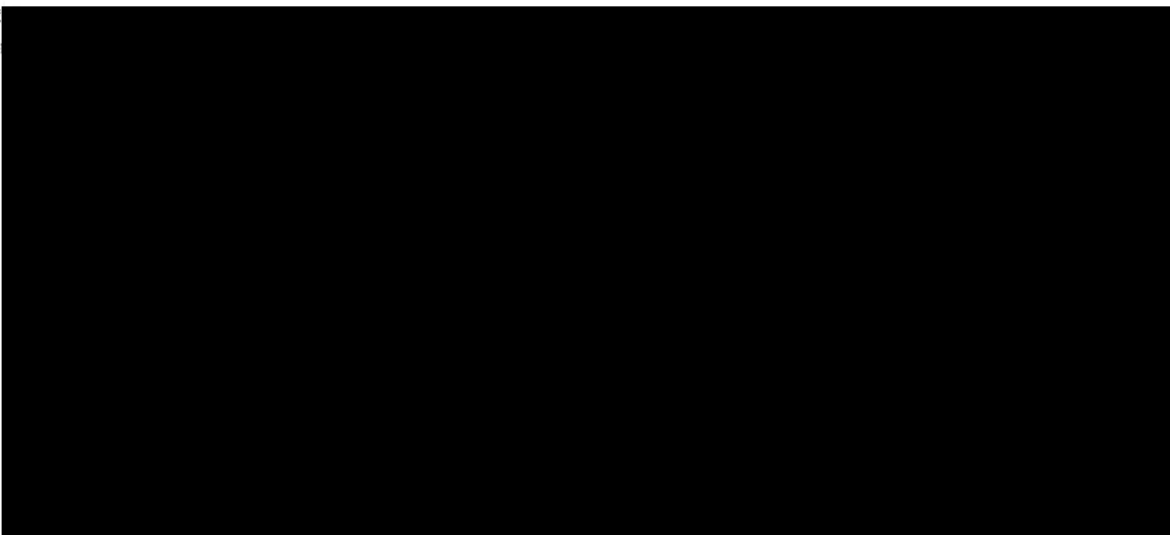
Nº de sesión: 6 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continua con plan de tratamiento.*
 Fecha: 07-04-2025
 Horario: 17:00

Nº de sesión: 7 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realizan ejercicios de fuerza en EELL y se realiza educación sobre importancia de la actividad física*
 Fecha: 12-05-2025
 Horario: 15:00

Nº de sesión: _____ Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): _____
 Fecha: _____
 Horario: _____

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 R
6 Bie



at,
cion

SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Nombre: Amalia Dávila San Martín

Apellidos: Vázquez

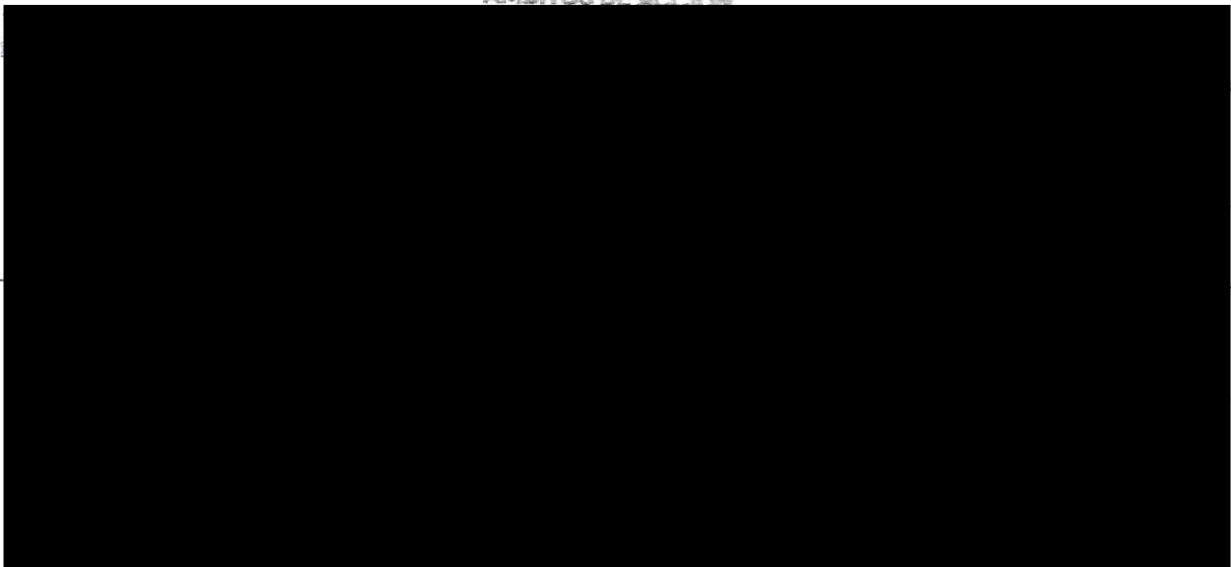
Especialidad: _____

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: <u>Bridgetta González Ayala</u>		ID HOGAR: <u>24322</u>	PSDF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>5</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>12-03-2025</u>	Horario: <u>10:00</u>
Observaciones: <u>Se continua plan de tratamiento.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>6</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>07-04-2025</u>	Horario: <u>13:00</u>
Observaciones: <u>Se realiza educación a cuidadoras y se realiza entrega de material audiovisual para auto-cuidado.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>7</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>14-05-2025</u>	Horario: <u>13:00</u>
Observaciones: <u>Se realiza educación a cuidadora sobre lesiones y manejo actual de la RBAF.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____
Observaciones: _____		Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Profesional: Camilo Donari San Martín
 Especialidad: Kinesiología

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A <u>Margarita ✓</u>		ID HOGAR <u>70399</u>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>5</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>30-04-25 ✓</u>	Horario: <u>11:00</u>
Observaciones <u>Se realiza educación y recursos de flexibilidad de tratamiento.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>6</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>05-05-25 ✓</u>	Horario: <u>11:00</u>
Observaciones <u>Se realiza ejercicios de flexibilidad y fuerza en cés y cll.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____
Observaciones		Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____
Observaciones		Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN





Nombre Profesional: Camilo Amador Guzmán ✓
 Especialidad: kinesiólogo

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: <u>MARIO VAZQUEZ VALDERAMA</u> ✓		ID HOGAR: <u>44303</u>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>21-04-25</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones: <u>Se realiza evaluación.</u>		
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>28-04-25</u> ✓ Horario: <u>14:00</u>	Observaciones: <u>Se realiza educación sobre condiciones actual del mundo junto a preparación plan de tratamiento.</u>		
Nº de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>4-05-25</u> ✓ Horario: <u>11:00</u>	Observaciones: <u>Se realiza movilidad activa de caderas y codo. Junto a paseos por fuera y dentro de su domicilio en silla de ruedas (apoyo técnico).</u>		
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y preparación para la vida independiente, 3 Educación, 4 Empleo, 5
- 6 Bienestar



gal, ación

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Comando Donato San Martín ✓
 Nombre Profesional
 Psicóloga
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

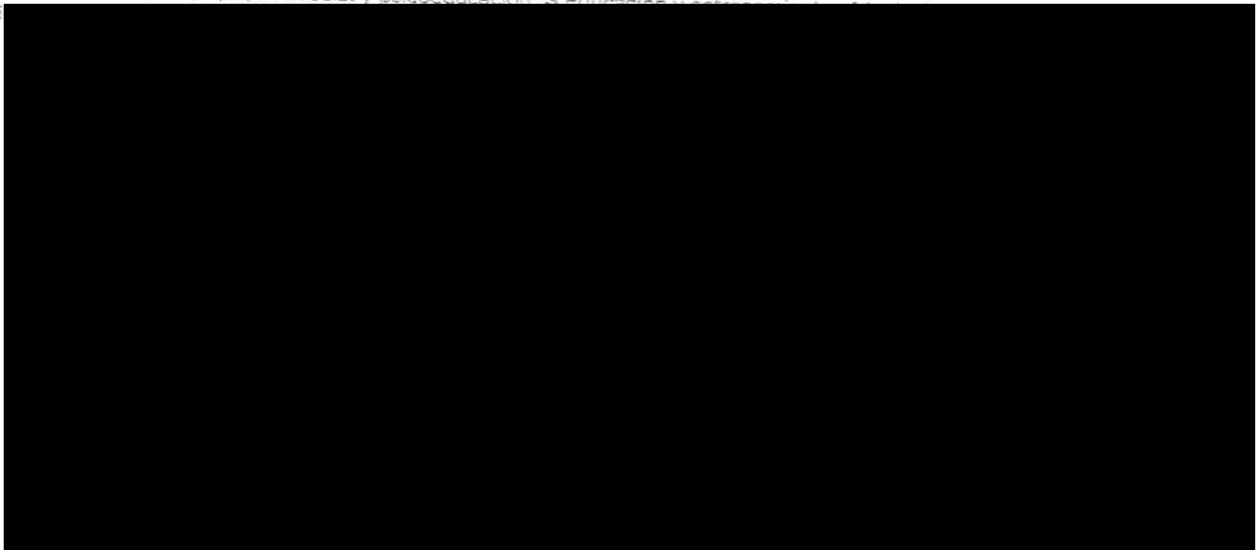
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A <u>Manuel Vargas</u> ✓		ID HOGAR <u>18622</u>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u>	Ámbito(s): <u>E</u>	Fecha: <u>19-03-2025</u>	Horario: <u>16:00</u>
Observaciones <u>Se realiza evaluación.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>14-04-2025</u>	Horario: <u>16:00</u>
Observaciones <u>Se realizan ejercicios de movilidad y flexibilidad de EESS y EELL.</u>		Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>21-04-2025</u> ✓	Horario: <u>17:00</u>
Observaciones <u>Se realizan ejercicios de flexibilidad de EESS y EELL, sobre la comprensión sobre importancia de la actividad física.</u>		Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____
Observaciones		Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación

6 B1



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Profesional: Carolina Duarte Soto ✓
 Especialidad: Neurología

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: <u>Miguel Fuentes Urrutia</u> ✓		ID HOGAR: <u>55572</u>	PSDF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>24-03-2025</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones: <u>Se realiza educación y reforzamientos de cultura de usabilidad.</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>25-04-2025</u> ✓ Horario: <u>09:00</u>	Observaciones: <u>Se realizan ejercicios de flexibilidad global</u>		Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>02-05-2025</u> ✓ Horario: <u>09:00</u>	Observaciones: <u>Se realizan ejercicios de flexibilidad de ECSS y CEII, junto a reproducción de marcha a través de diferentes transiciones y transferencias</u>		Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones: _____		Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Evaluación, 5 Investigación, 6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Profesional: Carolina Domínguez San Martín ✓
 Especialidad: Rehabilitación

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

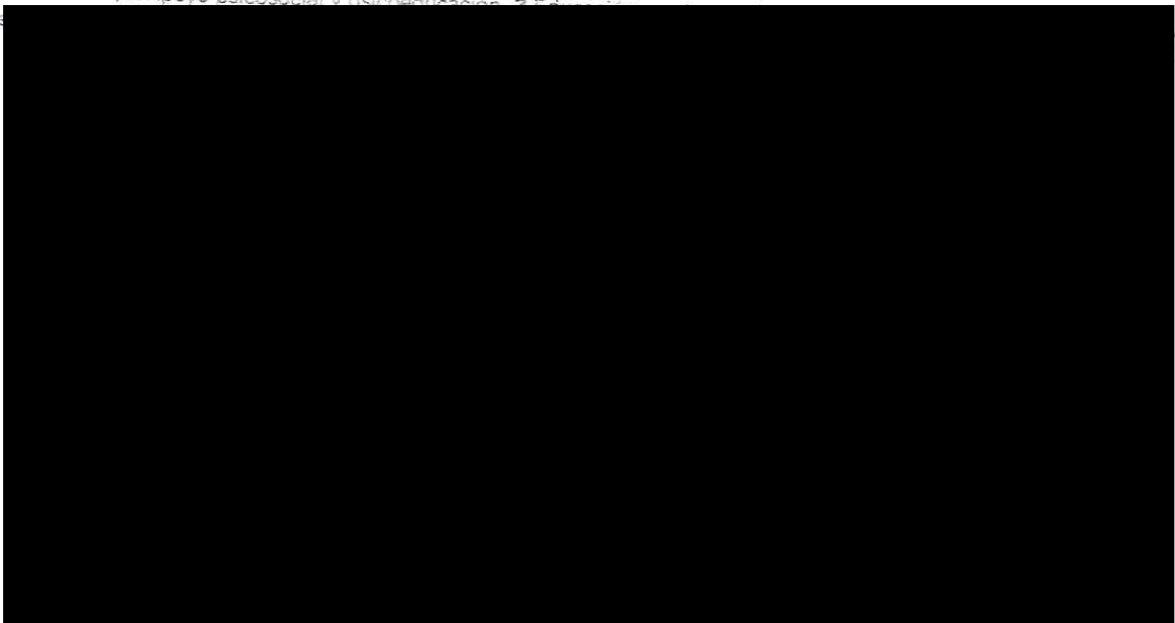
NOMBRE BENEFICIARIO/A: Manuel Fauda Rojas ✓ ID HOGAR: 80401 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>16-04-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>22-04-2025</u> ✓ Horario: <u>14:00</u>	Observaciones <u>Se realiza reforzamiento de planes de atención, junto a evaluación personal global.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>4-05-2025</u> ✓ Horario: <u>12:00</u>	Observaciones <u>Se realizan ejercicios de fuerza y flexibilidad de codos y codo.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3...

6 Bienestar



ón

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

22

Amile Amare San Martín ✓
Nombre Profesional

Viniciola
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

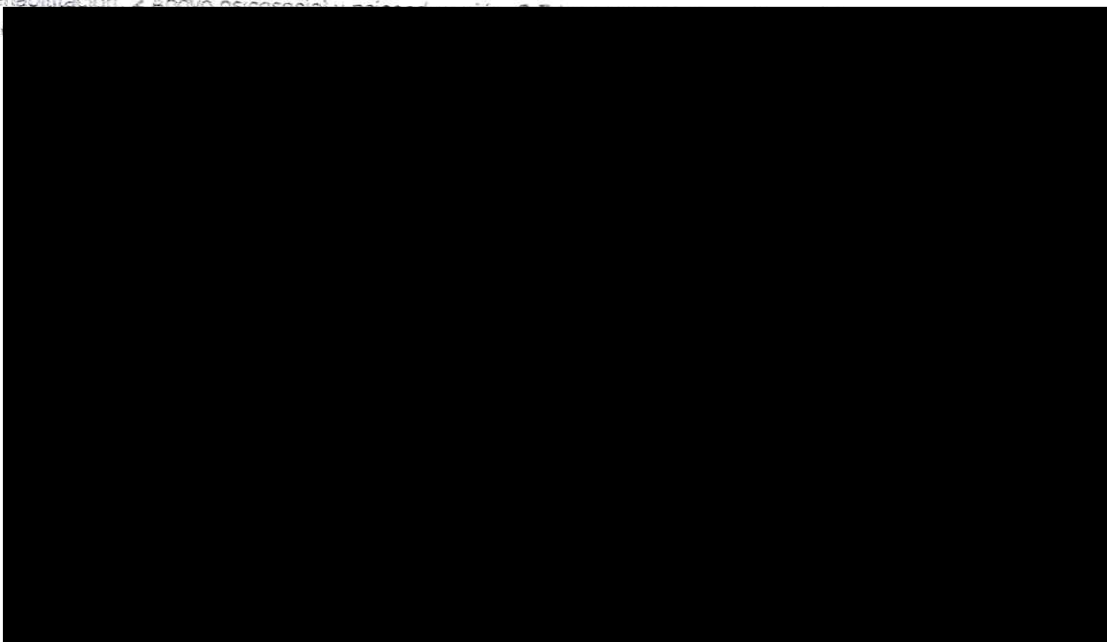
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A		EDUARDO UDENA CAYUGUETE ✓	ID HOGAR	18282	PSDF	<input checked="" type="checkbox"/>	CP	<input type="checkbox"/>				
Nº de sesión:	1	Observaciones	Se realiza zamboni.									
Ámbito(s):	E								Individual	<input checked="" type="checkbox"/>	Grupal	<input type="checkbox"/>
Fecha:	17-03-2025											
Horario:	16:00											
Nº de sesión:	2	Observaciones	Se realiza educación y reforzamiento de la UN de ejercicios.									
Ámbito(s):	1-3-6								Individual	<input checked="" type="checkbox"/>	Grupal	<input type="checkbox"/>
Fecha:	04-04-2025											
Horario:	16:00											
Nº de sesión:	3	Observaciones	Se realizan ejercicios de movilidad y flexibilidad de EESS y EELL.									
Ámbito(s):	1-3-6								Individual	<input checked="" type="checkbox"/>	Grupal	<input type="checkbox"/>
Fecha:	09-05-2025 ✓											
Horario:	15:00											
Nº de sesión:		Observaciones										
Ámbito(s):									Individual	<input type="checkbox"/>	Grupal	<input type="checkbox"/>
Fecha:												
Horario:												

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicológico, 3 Apoyo educativo, 4 Apoyo legal, 5 Apoyo social, 6 Bienestar

o legal, evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Profesional: Carolina Domercq San Martín

Especialidad: Neurociencias

REGISTRO DE ATENCIÓN

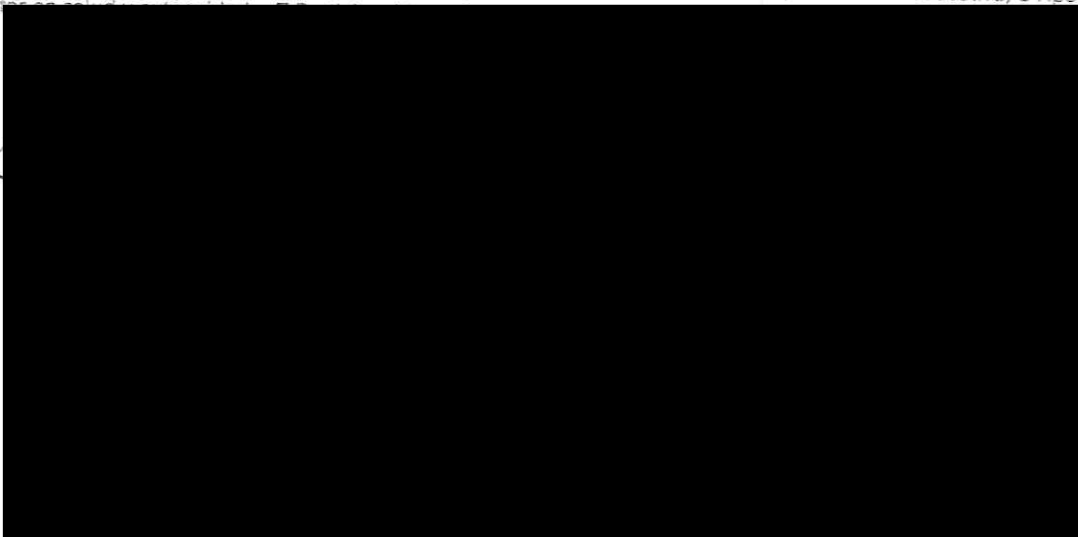
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: Rafael San Martín ID HOGAR: 18643 PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>16-04-2025</u> Horario: <u>09:00</u>	Observaciones <u>Se realizaron ejercicios de movilidad y flexibilidad en FELL.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>05-05-2025</u> Horario: <u>09:00</u>	Observaciones <u>Se realizaron ejercicios de movilidad y fuerza en FESS y FELL.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar psicosocial y evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Camela Domercq San Martín ✓
 Nombre Profesional
 Psicóloga
 Especialidad

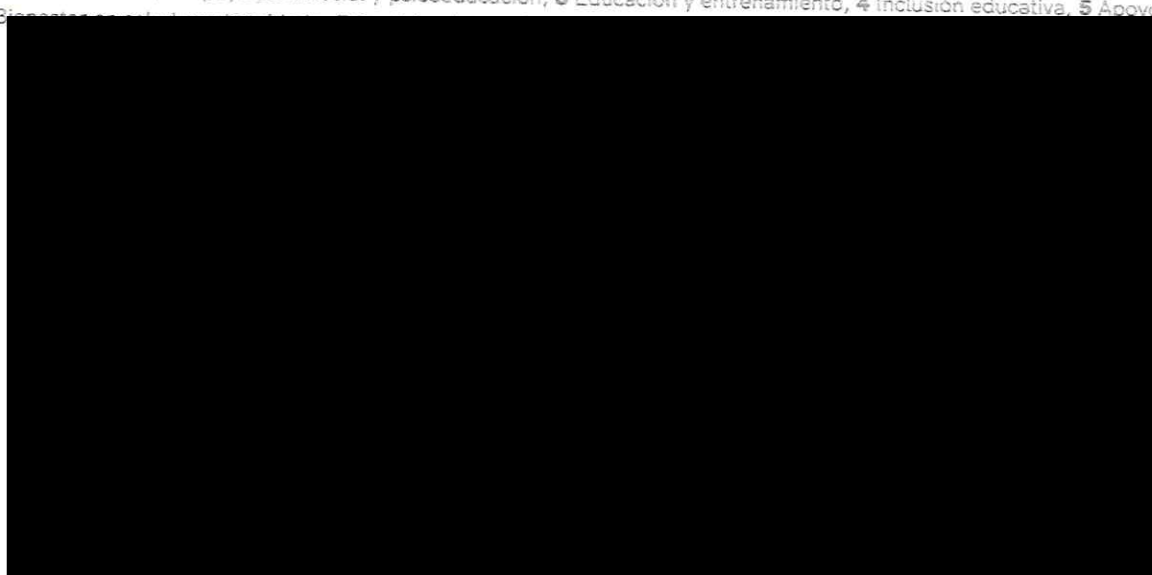
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A <u>Carlos Goto Hernández</u>		ID HOGAR <u>55500</u>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>23-03-2015</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación de condiciones actual.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>14-04-2015</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <u>Se realiza movilidad y flexibilidad de EESS y EELL.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>05-05-2015</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <u>Se realiza trabajo de movilidad y flexibilidad de EESS y EELL.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bases de datos y evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

24

Carolina Domínguez San Martín

Nombre Profesional

Psicóloga

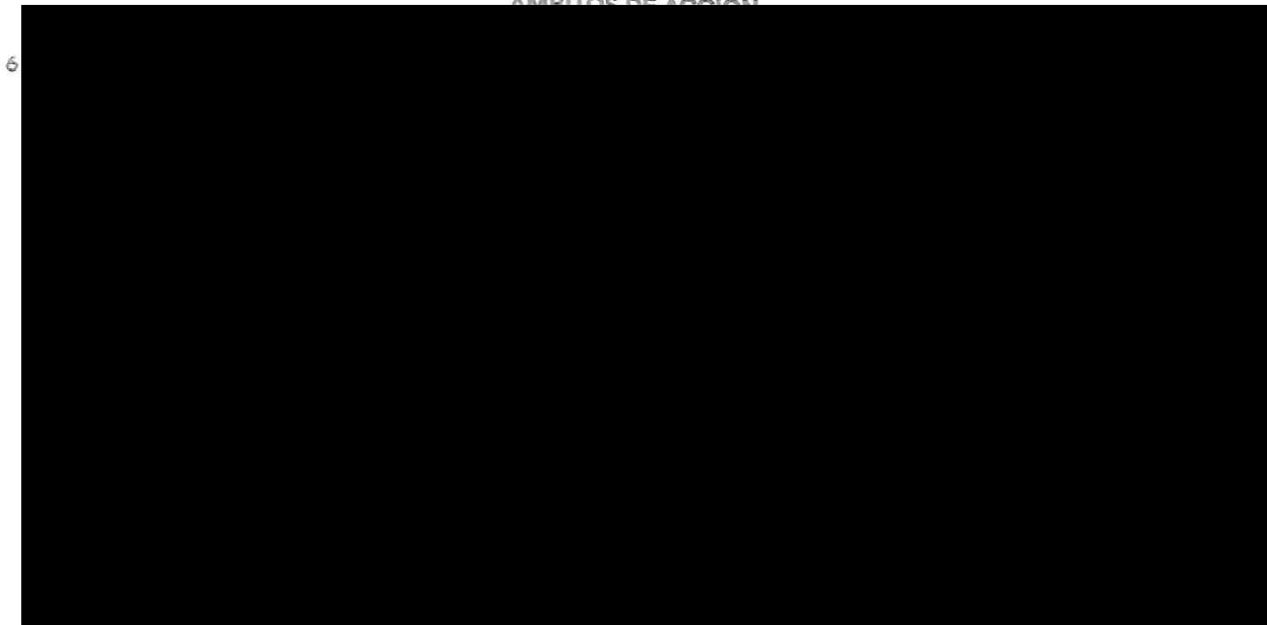
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A		huby castillo jorguoso	ID HOGAR	5888	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u>	Ámbito(s): <u>2</u>	Fecha: <u>19-03-2025</u>	Horario: <u>16:00</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
				Se realiza evaluación.		
Nº de sesión: <u>2</u>	Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	Fecha: <u>28-04-2025</u>	Horario: <u>10:30</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
				Visita fallida.		
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Carolina Daniela Sosa Urte
 Nombre Profesional

Psicóloga
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Alina Lope Lope ID HOGAR 18621 PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): 2 Se realiza evaluación.
 Fecha: 13-03-2025
 Horario: 14:00

Nº de sesión: 2 Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 Se realiza educación y verificación de phy de tratamientos expuestos en el movimiento
 Fecha: 28-04-2025
 Horario: 15:30

Nº de sesión: _____ Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): _____
 Fecha: _____
 Horario: _____

Nº de sesión: _____ Observaciones Individual Grupal
 Ámbito(s): _____
 Fecha: _____
 Horario: _____

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 6 Bie



ción



Camilo Amari San Martín
Nombre Profesional

Neurología
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

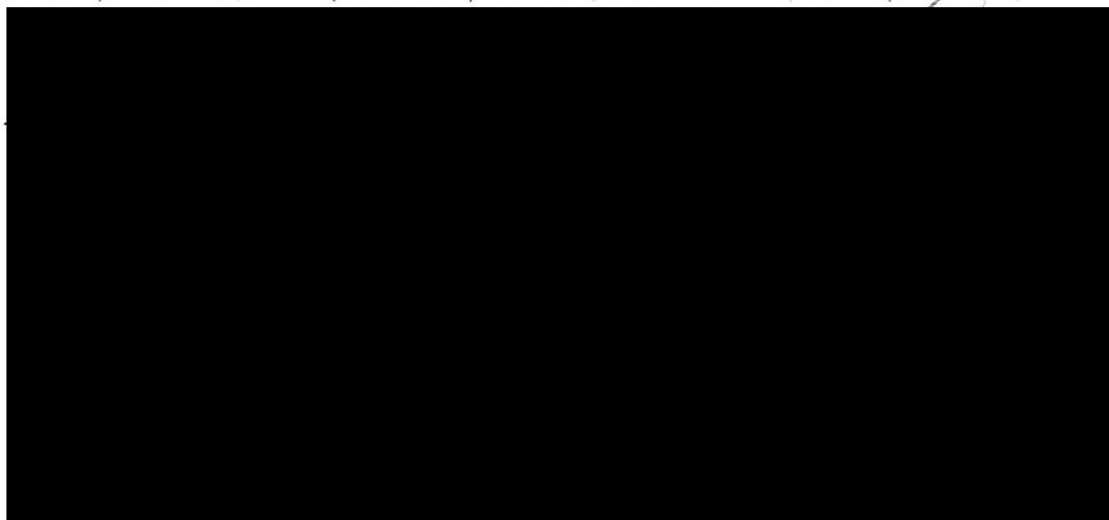
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Wenderson Ortiz San Martín ID HOGAR 55520 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>03-03-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>24-03-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <u>Se realiza atención y educación de manera individual y se reafirma plan de tratamiento.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>21-04-2025</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <u>Se realiza movilidad pasiva de EESS y EELL, junto a trabajo de flexibilidad.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>07-05-2025</u> Horario: <u>12:00</u>	Observaciones <u>Se realiza trabajo de flexibilidad global, junto a transición sedente balanceo cadera y se realizan ejercicios de Alarús.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

32

Nombre Profesional: Carmito Doraci San Martín ✓

Especialidad: Neurología

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

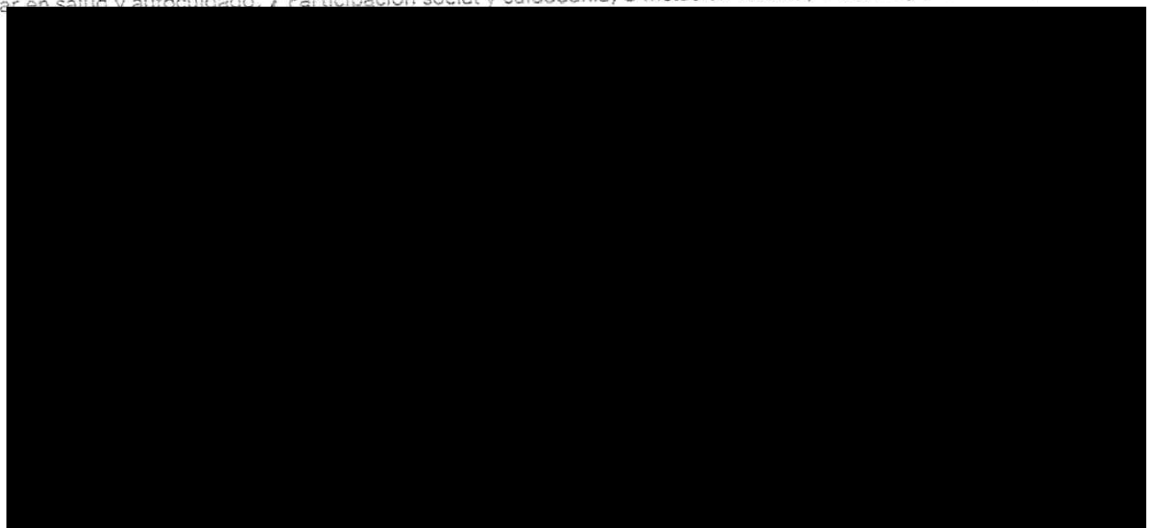
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A: FRESIA TOBAR MILLARSI ✓ ID HOGAR: 11523 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>07-01-2025</u> Horario: <u>09:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación inicial.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>21-03-2025</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones <u>Se realiza educación y reforzamiento de plan de tratamiento.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>09-04-2025</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones <u>Se realizan ejercicios de movilidad y flexibilidad de CESS y CÉLL.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>30-04-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones <u>Visita fallida.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación





Camilo Donce San Martín ✓
 Nombre Profesional
 Musicología
 Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Rosa Tobas Mellhaci ✓ ID HOGAR 11523 PSDF CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>07-01-2025</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones Se realiza evaluación inicial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>21-03-2025</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones Se realiza educación y reforzamiento de plan de tratamiento.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>09-04-2025</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones Se realizan ejercicios de movilidad y flexibilidad de CÉSS y CÉLL.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>13-6</u> Fecha: <u>30-04-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones Visita fallida.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar en s, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Profesional: Pamela Domínguez San Martín ✓
 Especialidad: Psicopedagoga

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: Juan Arenas ✓		ID HOGAR: 55521	PSDF: <input checked="" type="checkbox"/> CP: <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: 5 Ámbito(s): 1-3-6 Fecha: 21-04-25 ✓ Horario: 11:00	Observaciones: Se realiza educación sobre a través de movilidad y flexibilidad global	Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Grupal: <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: 10 Ámbito(s): Fecha: 07-05-25 ✓ Horario: 11:00	Observaciones: Visita fallida.	Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Grupal: <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: Ámbito(s): Fecha: Horario:	Observaciones:	Individual: <input type="checkbox"/> Grupal: <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: Ámbito(s): Fecha: Horario:	Observaciones:	Individual: <input type="checkbox"/> Grupal: <input type="checkbox"/>	

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8...

