



07

## Informe de pago mensual

**Funcionario: Mónica del Carmen Rivera Gaete.**

**Cargo: Asistente de Cuidados**

**Mes correspondiente: ABRIL 2026**

**Cometidos solicitados según contrato:**

- Entregar cuidados domiciliarios a los usuarios asignados por el programa Red Local de Apoyos y Cuidados, entregando un informe mensual con los registros de asistencia de cada domicilio.
- Participar en reuniones mensuales de equipo y en las capacitaciones gestionadas por el programa.
- Mantener actualizada la información de sus atenciones en plataforma PRLAC.
- Colaborar en actividades organizadas por la DIDECO.

**1 Entregar cuidados domiciliarios a los usuarios asignados por el programa Red Local de Apoyos y Cuidados, entregando un informe mensual con los registros de asistencia de cada domicilio .**

El cometido se encuentra en ejecución permanente, desarrollándose mensualmente con los usuarios activos del programa, a través de la prestación sistemática de cuidados domiciliarios, orientados a la mantención de la autonomía, la seguridad, la higiene, la salud y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

Las atenciones realizadas son registradas y reportadas mensualmente, permitiendo la trazabilidad, supervisión y monitoreo del cumplimiento del servicio.

Los cuidados domiciliarios se realizan, según el nivel de dependencia y el plan individual de cada usuario, las siguientes prestaciones:

### **A. Higiene personal y cuidado corporal**

- Baño o ducha.
- Aseo corporal.
- Lavado de cabello en cama.
- Aseo dental y bucal.
- Higiene de pies.
- Corte y arreglo de uñas (excepto en usuarios diabéticos).
- Aseo genital.
- Cambio de pañal.



04

- Lubricación y cuidado de la piel.
- Prevención de lesiones por presión.
- Peinado, maquillaje, afeitado y depilación.
- Apoyo a la vestimenta.

#### **B. Eliminación y control de esfínteres**

- Apoyo a la micción y defecación.
- Uso de chata o urinario.

#### **C. Movilidad y funcionalidad**

- Apoyo en transferencias.
- Manejo postural.
- Prevención de caídas.
- Ejercicios físicos.
- Ejercicios respiratorios y de relajación.

#### **D. Estimulación y apoyo psicosocial**

- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
- Apoyo en actividades significativas de la vida diaria.
- Acompañamiento en actividades recreativas, culturales, religiosas o de interés personal que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.

#### **E. Apoyo en salud y tratamientos**

- Organización de medicamentos prescritos.
- Apoyo en la correcta administración de medicamentos.
- Apoyo en controles y gestiones de salud.

#### **F. Alimentación**

- Manipulación y preparación de alimentos.
- Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos según nivel de dependencia.

#### **G. Apoyo domiciliario**

- Limpieza y mantención de los espacios donde habita la persona en situación de dependencia.
- Orden de la cama y cambio de ropa de cama.

#### **H. Apoyo en gestión y redes**

- Acompañamiento para trámites, gestiones y uso de servicios sociales y de salud.



as

Se adjuntan los registros de atenciones realizadas y el Plan de Apoyo Individual, para su revisión y respaldo.

**2. Participar en reuniones mensuales de equipo y en las capacitaciones gestionadas por el programa.**

Durante el mes de abril no se realizaron capacitaciones por parte del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

Con fechas 25 y 27 de marzo y 01, 08, 10, 15, 17 de abril de 2026, se participó en reuniones de equipo del Servicio de Atención Domiciliaria, organizadas por la coordinadora Anaís Navarrete.

Se adjunta acta de reunión correspondiente.

**3. Mantener actualizada la información de sus atenciones en plataforma PRLAC.**

El cometido se encuentra en ejecución. Se realiza el registro y actualización de las atenciones en la plataforma del MIDESO, lo que permite el monitoreo remoto, trazabilidad y supervisión permanente de la gestión comunal y de los apoyos entregados a las personas usuarias del programa.

Se adjunta registro en acta de reuniones.

**4. Colaborar en actividades organizadas por DIDECO.**

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



**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

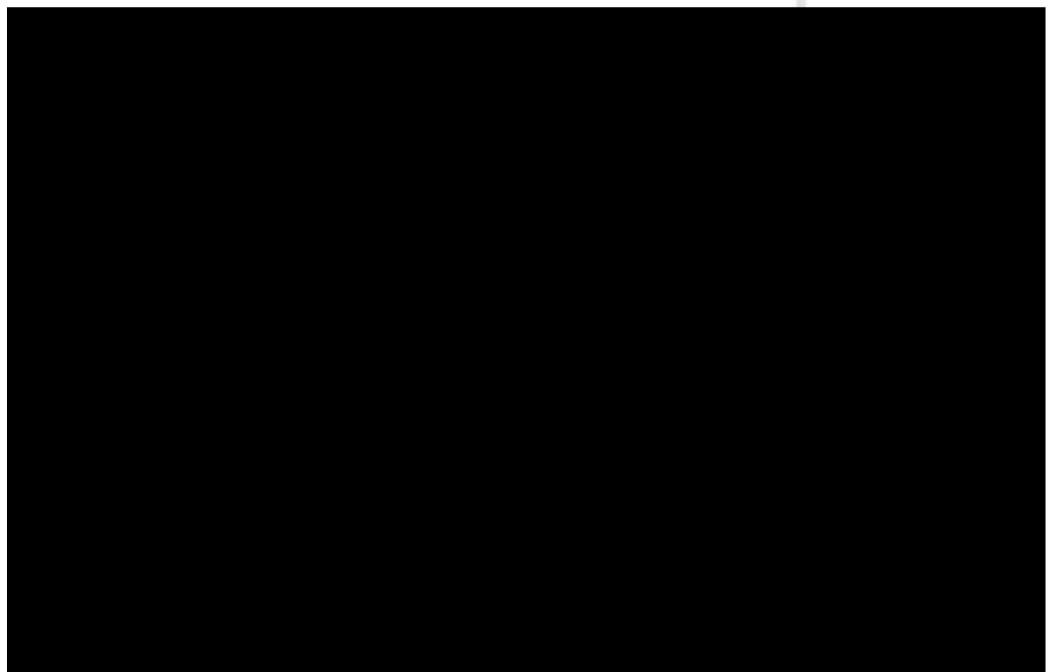
Ob

Calendario de marzo , adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>23</b> Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45  Mario Vásquez 13:15 a 17:00	<b>24</b> Luis Velasquez 9:00 a 12:45  Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	<b>25</b> Luis Malgarejo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>26</b> Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45  Juan Gallardo 13:15 a 17:00	<b>27</b> Marcos Catalan 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>30</b> Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45  Mario Vásquez 13:15 a 17:00	<b>31</b> Luis Velasquez 9:00 a 12:45  Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00			

Calendario abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		<b>1</b> Luis Malgarejo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>2</b> Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45  Juan Gallardo 13:15 a 17:00	<b>3</b> FERIADO
<b>6</b> Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45  Mario Vásquez 13:15 a 17:00	<b>7</b> Luis Velasquez 9:00 a 12:45  Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	<b>8</b> Luis Malgarejo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>9</b> Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45  Juan Gallardo 13:15 a 17:00	<b>10</b> Marcos Catalan 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>13</b> Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45  Mario Vásquez 13:15 a 17:00	<b>14</b> Luis Velasquez 9:00 a 12:45  Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	<b>15</b> Luis Malgarejo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>16</b> Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45  Juan Gallardo 13:15 a 17:00	<b>17</b> Marcos Catalan 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00





# PRLAC N°04.1

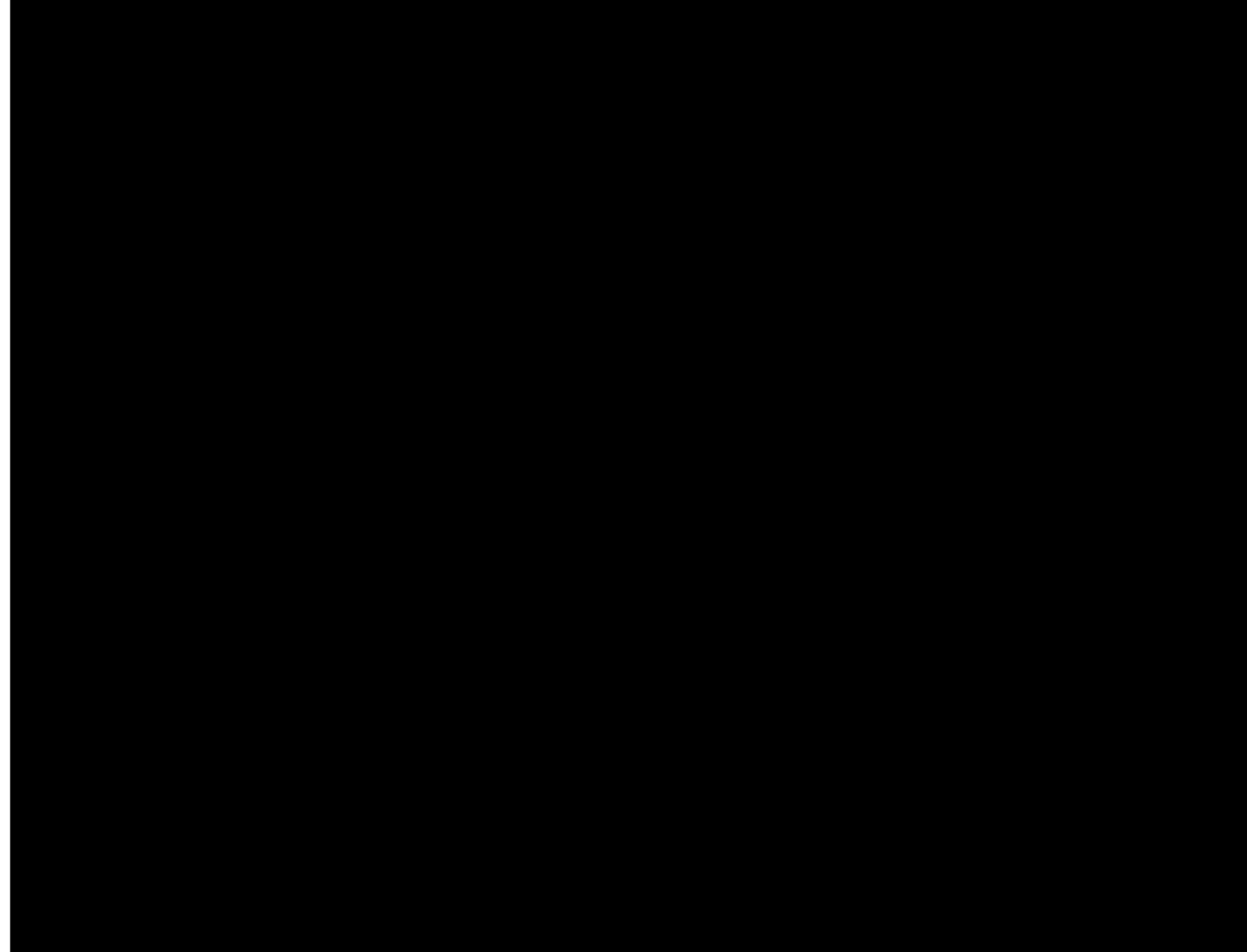
## Acta de Reunión

07

Fecha	25/03/2026.
Hora	14 <sup>h</sup> a 17 <sup>h</sup>
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan Carino Melipilla 908.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Valente	coordinadora SAJ	
Nellen Fuentes	A.C	
John PVV Rojas	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Yonila Vivera	A.C	
Alicia Lefeo	A.C	
Rene Jose Cavero	A.C	
Patricia Martinez R	A.C - Pedagogía	
Constanza Soto	A.C	

### Desarrollo





# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

08

Fecha	27/03/2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Huelmo
Lugar de realización	Comuna Puelipe 908 Oficina Voplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Rivera	A.C	
Schenna Curtis	A.C	
Hellen Fuentes	A.C	
Christophier Flores	gestor comunitario	
Anaia Canedo	A.C	
Alondra Lefino	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Constanza Soto	A.C	
Carolina Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Ketiva Martinez R	Ac - Psicóloga	
Misael Mayolo	Psicóloga	
Macarena Hoyano	Kinesiólogo	
Mariela Abailay Pilarte	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donde Ju Latin	Kinesiólogo	
Hernán de Casne	Encargado PRLAC	

### Desarrollo



09

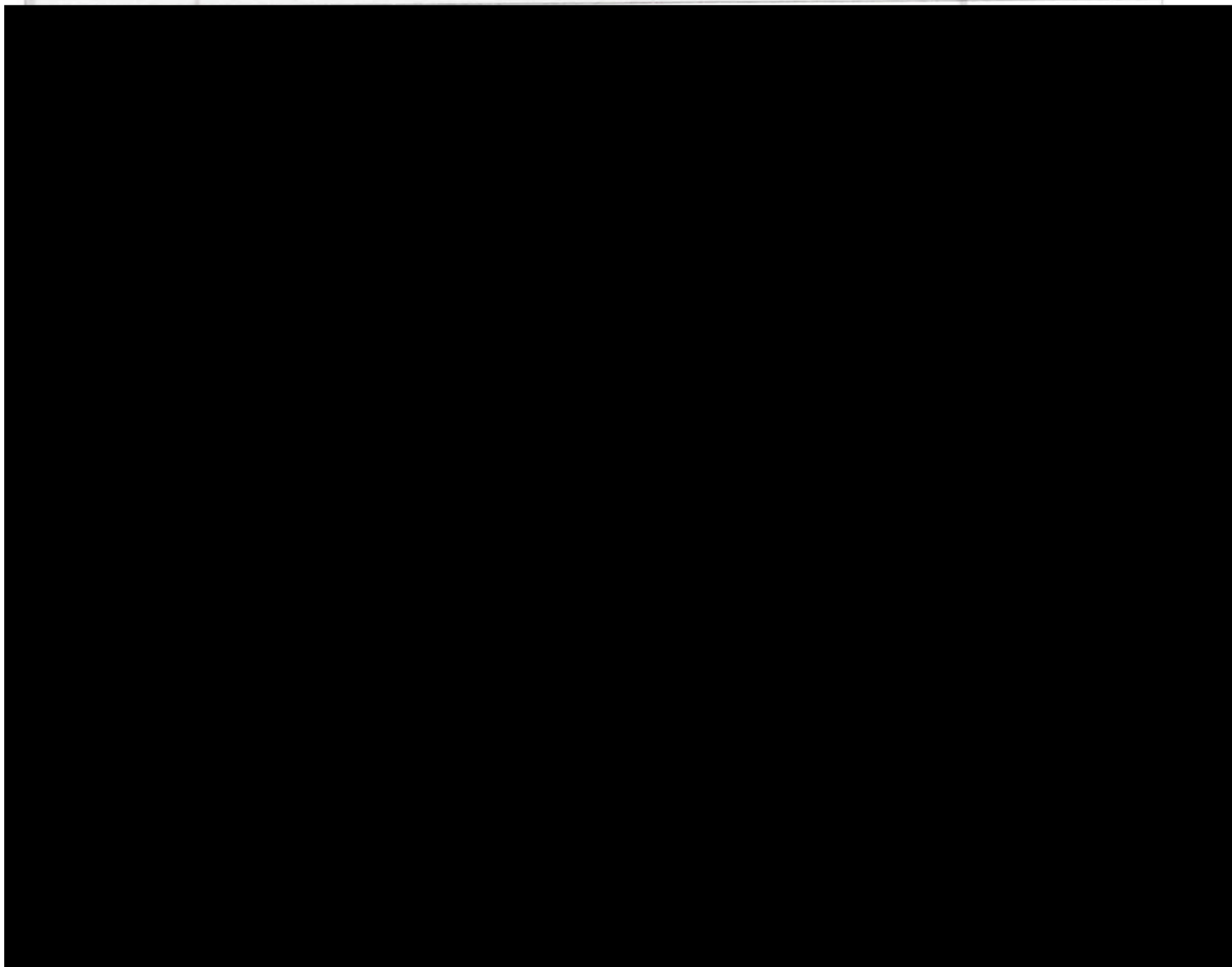
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	01/04/26
Hora	14 <sup>00</sup> e 17 <sup>00</sup>
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carino Melipilla 908 Correo Koplam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
PAULA NAVARRETE	Coordinadora SAM	
Patricia Martínez R	A.C - Poda Laja	
Alondra Lefao	A.C	
Karolise Concepción	A.C	
Constanza González	A.C	
SORIANA MOTIS	A.C	
Mónica Rivera	A.C	
Hellen Pantoja	A.C	
CONSTANZA SOTO	A.C	

### Desarrollo





10

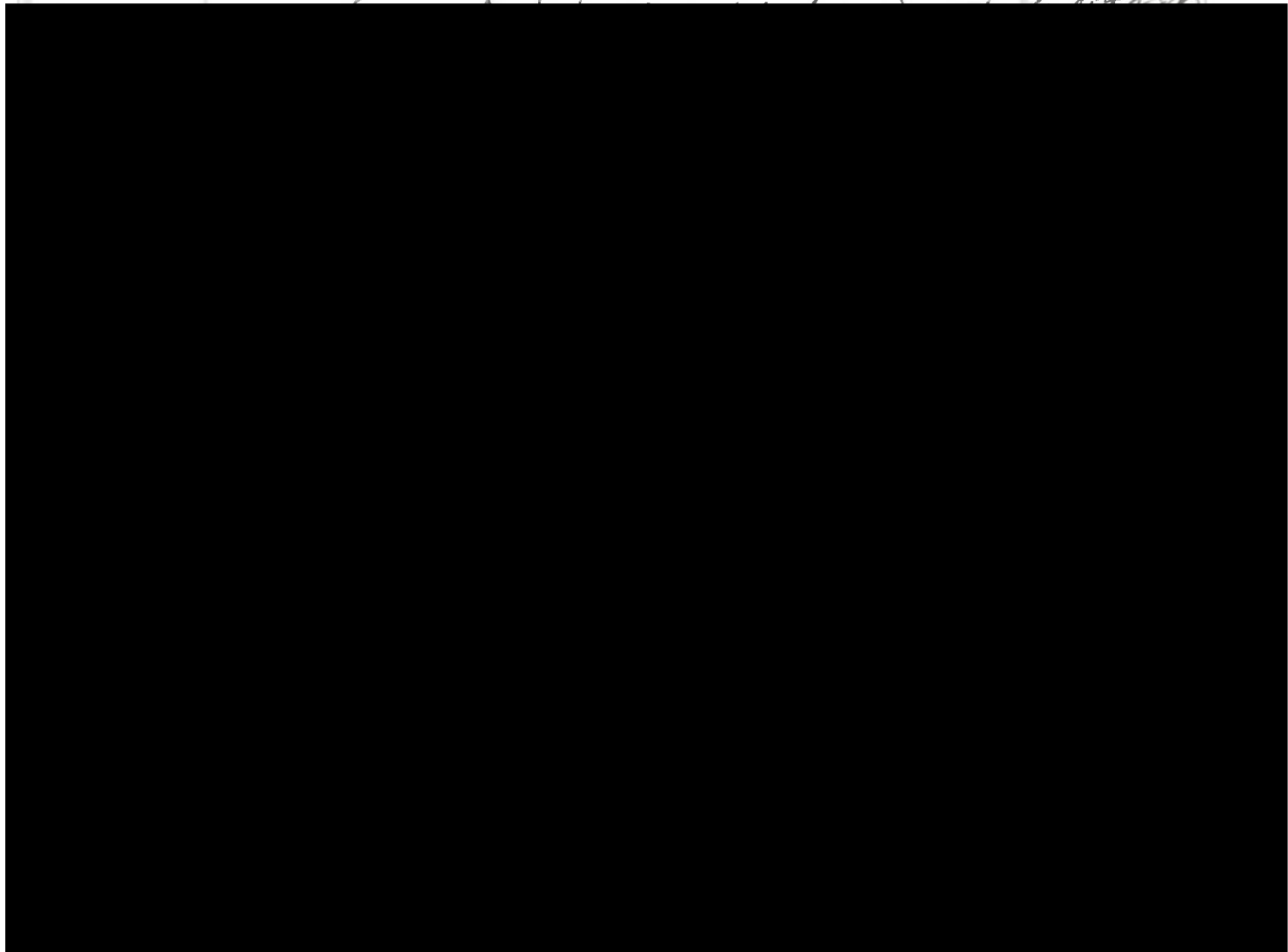
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	08/04/26
Hora	14 <sup>00</sup> a 17 <sup>00</sup>
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carr. no Melipilla 908 Casa Andam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANA NAURETE	Coordinadora SD	
Alondra Lefeo	A.C.	
Hellen Cuanto	A.C.	
Johnny Hurtado	A.C.	
Patricia Hurtado A.C.	A.C. - Psicóloga	
Laura Jose Colmenares	A.C.	
Toniela Pizarro	A.C.	
Constanza Benavente	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

### Desarrollo





# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

11

Fecha	10/04/26
Hora	1400 e 1700
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Carino Relip/la 908, Oficina Koplov

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Nuñez	Coordinadora SAI	[Redacted]
Flavia José Cancino	A.C	[Redacted]
Patricia Martínez R	A.C - Psicóloga	[Redacted]
Hellen Fuente	A.C	[Redacted]
Constanza González	A.C	[Redacted]
Marlene Rivera	A.C	[Redacted]
Sophía Horta	A.C	[Redacted]
Alondra Hefeo	A.C	[Redacted]
Constanza Soto	A.C	[Redacted]

[Redacted]



# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

(12)

Fecha	15/04/26
Hora	14 <sup>00</sup> a 17 <sup>00</sup>
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Camino Delipillo 908, Oficina Kepdan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Amy Nunez	Coordinadora SAD	
Constanza Gonzalez	A.C	
Nelson Maguelo	Psicólogo	
Patricia Martinez	A.C - Pedagogía	
Kellen Preter	A.C	
Alondra Hefau	A.C	
Mónica Piñero	A.C.	
Marcos Moyano	Kinesólogo	
Sofía Huidobro	A.C.	
Montserrat Aballoy Pizante	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donatou Javalin	Kinesólogo	
Constanza Soto	A.C	
Clarie Jose Camacho	A.C	
Marcia Behausch	coordinadora SSEE	
Christopher Morales	Gestor Comunitario	
Hernan Le Guesne	encargado PRLAC	

Desarrollo





# PRLAC N°04.1

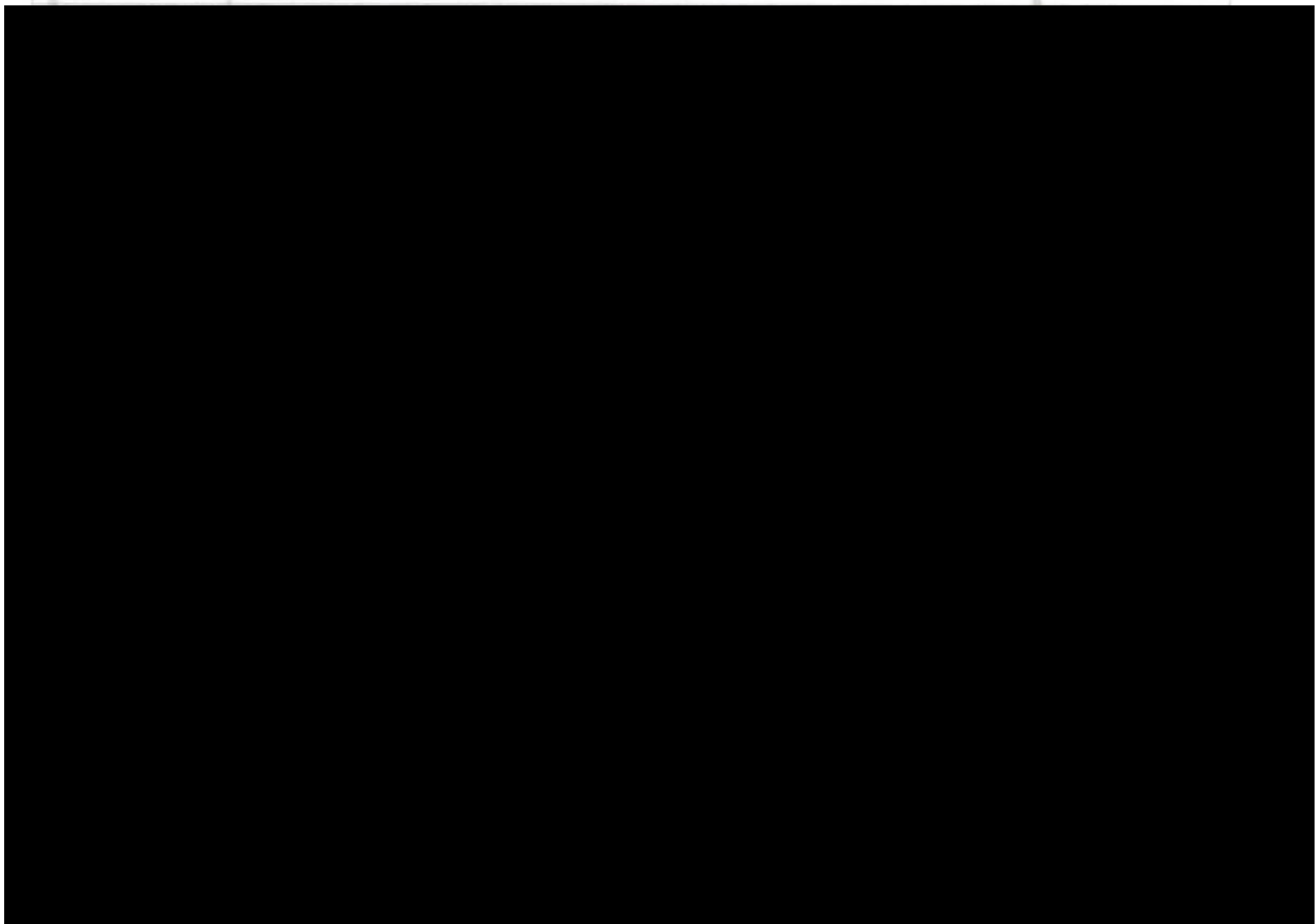
## Acta de Reunión

13

Fecha	17/04/26
Hora	14 <sup>00</sup> a 17 <sup>00</sup>
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Casero Melipilla 908, Oficina Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Miris Navarrete	Coordinadora SMO	
Yonina Rivera	A.C.	
Johanna Rojas	A.C.	
Patricia Meléndez	A.C. - Pedagoga	
Alfonso Martínez	Psicólogo	
Nellie Santos	A.C.	
Macarena Mollano	Kinesólogo	
Andrés Bello	A.C.	
María José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Montserrat Abalayo Pizarro	Terapeuta Ocupación	
Camilo Donato San Martín	Psicólogo	
Constanza Soto	A.C.	
María Cecilia Behrman	Coordinadora SS-EE	
Christopher Rojas	gestor comunitario	
Herman de Causse	Encargado Red PRLAC	

### Desarrollo



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

14

NOMBRE	Septimo Gonzalez
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

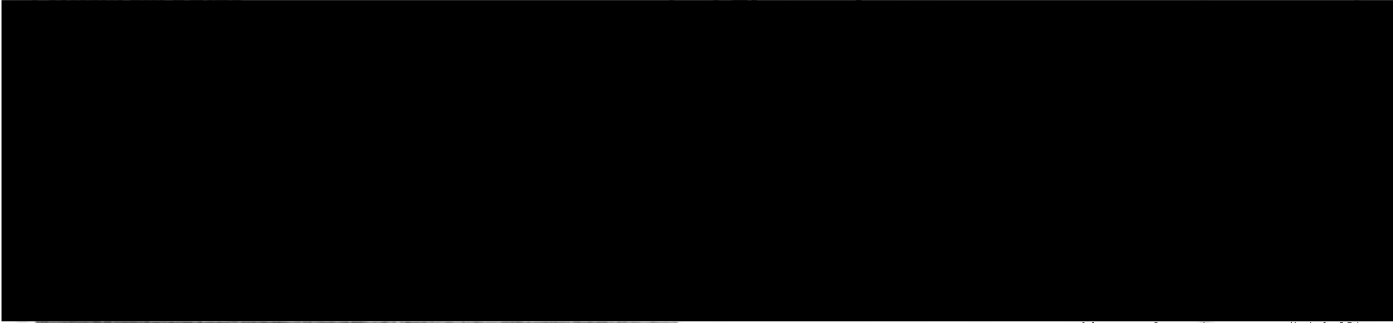
### Plan de Apoyo SAD

1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado de la piel.
12. Prevención de lesiones por presión.
13. Peinado y maquillaje
14. Afeitado y depilación.
15. Apoyo a la vestimenta.
16. Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
17. Ejercicios físicos.
18. Ejercicios respiratorios y de relajación.
19. Apoyo en transferencias.
20. Manejo postural
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Or
29. Ap  
o de  
barri  
30. Ap  
y de

15

Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-12-14-15-16	
17-19-20-22-27-28	
Observaciones	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 26/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-12-14-15-16	
17-19-20-22-27-28	
Observaciones	



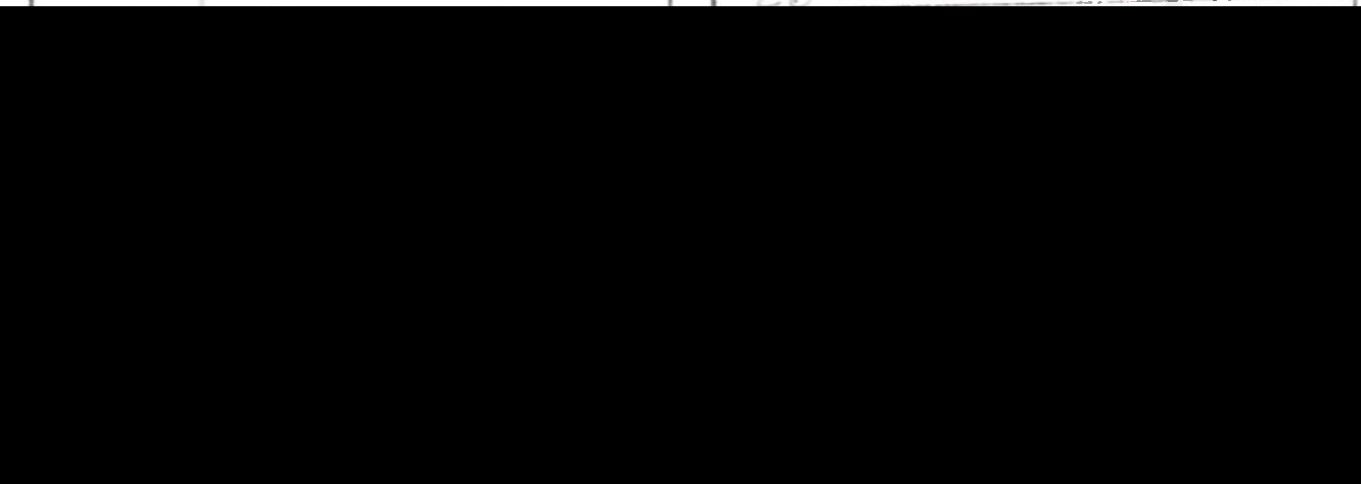
Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 31/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-12-14-15-16	
17-19-20-22-27-28	
Observaciones	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 02/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-12-14-15-16	
17-19-20-22-27-28	
Observaciones	



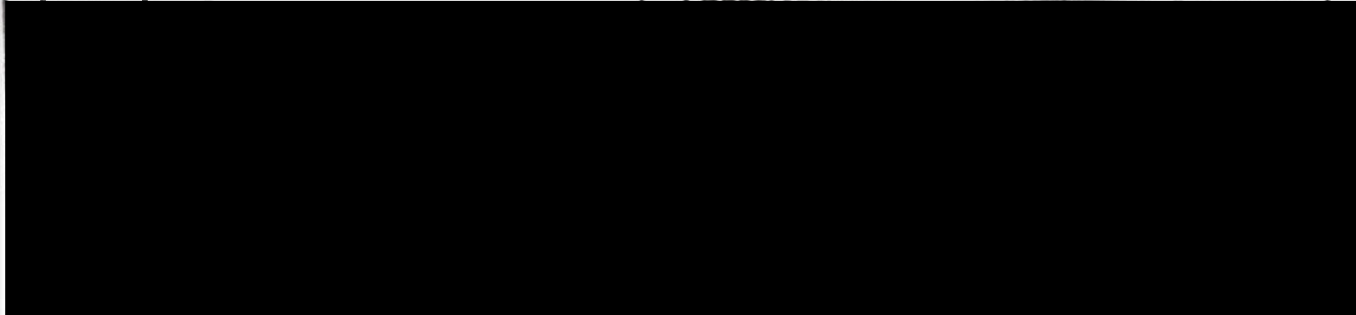
Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 07/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-12-14-15-16	
17-19-20-22-27-28	
Observaciones	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 6
Fecha de sesión: 09/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-12-14-15	
16-17-19-20-22-27	
28	
Observaciones	



Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión: 7
Fecha de sesión: 17/08-26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-14-15-16-17-19	
20-22-27-28	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 8
Fecha de sesión: 16/08-26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-4-10-11-12-14-15-16	
17-19-20-22-27-28	
<b>Observaciones</b>	



Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



### Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Mario Vásquez
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

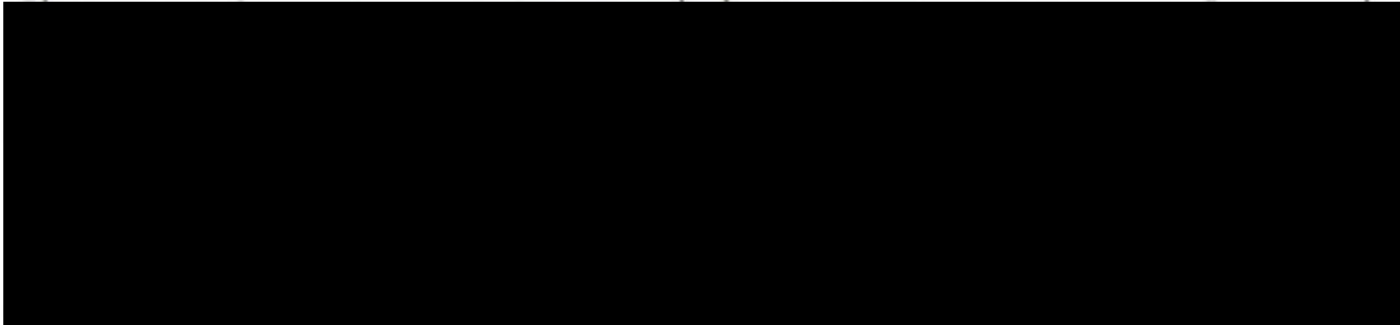
### Plan de Apoyo SAB

1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado de la piel.
12. Prevención de lesiones por presión.
13. Peinado y maquillaje.
14. Afeitado y depilación.
15. Apoyo a la vestimenta.
16. Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
17. Ejercicios físicos.
18. Ejercicios respiratorios y de relajación.
19. Apoyo en transferencias.
20. Manejo postural.
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos.
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Orden
29. Apoyo
- o de inter
- barrial.
30. Apoyo
- y de salud



Horario: 13 <sup>h</sup> 5 - 17 <sup>h</sup> 00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 23.03.26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 4 - 5 - 11 - 15 - 16 - 17	
22	

Horario: 13 <sup>h</sup> 5 - 17 <sup>h</sup> 00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 30.03.26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 4 - 5 - 11 - 15 - 16 - 17 - 22	



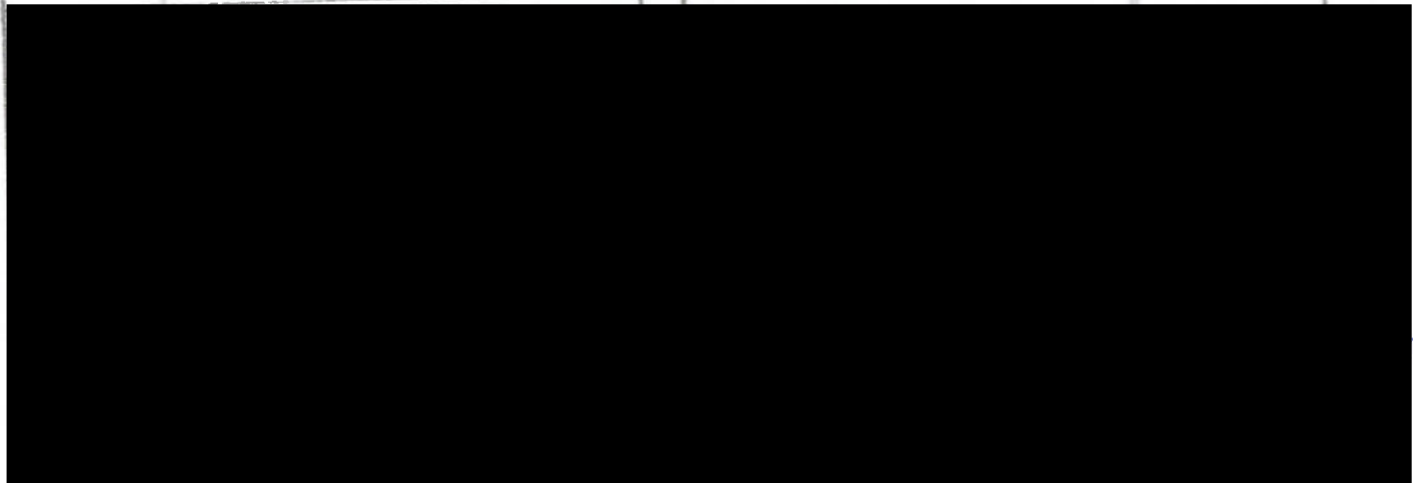
Horario: 13 <sup>h</sup> 5 - 17 <sup>h</sup> 00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 06.04.26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 4 - 5 - 11 - 15 - 16 - 17	
22	

Horario: 13 <sup>h</sup> 5 - 17 <sup>h</sup> 00	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 13.04.26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 4 - 5 - 11 - 15 - 16 - 17	
22	



Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



### Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

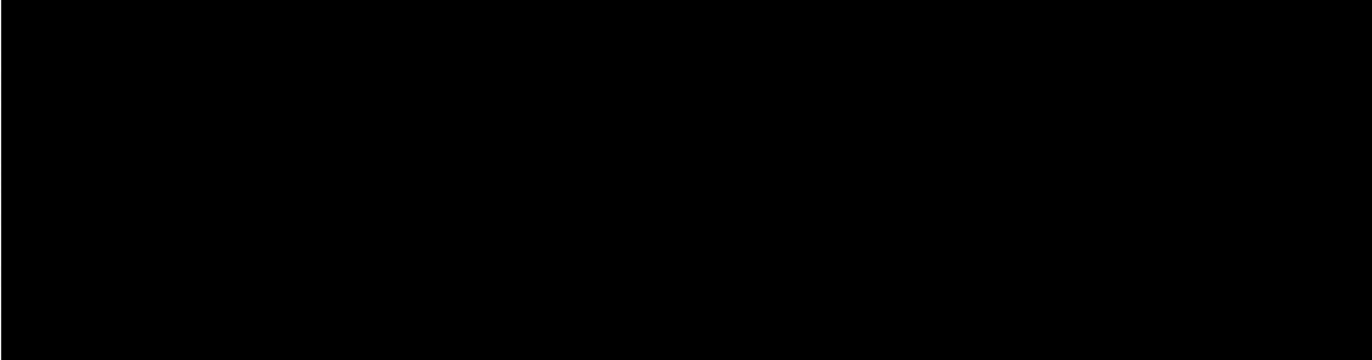
NOMBRE	Luis Valdivia
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### Plan de Apoyo

1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado de la piel.
12. Prevención de lesiones por presión.
13. Peinado y maquillaje.
14. Afeitado y depilación.
15. Apoyo a la vestimenta.
16. Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
17. Ejercicios físicos.
18. Ejercicios respiratorios y de relajación.
19. Apoyo en transferencias.
20. Manejo postural.
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos.
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en el cuidado del hogar.
28. Orden y limpieza del hogar.
29. Apoyo en el cuidado de la salud y de salud.
30. Apoyo y acompañamiento en el cuidado de la salud y de salud.

Horario: 9 <sup>00</sup> - 1245	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/07/26	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11-14-15-16-17-18-21	
22-24-25-	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 1245	N° de Sesión
Fecha de sesión: 31/07/26	2
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11-14-15-16-17-18-21	
22-24-25-	



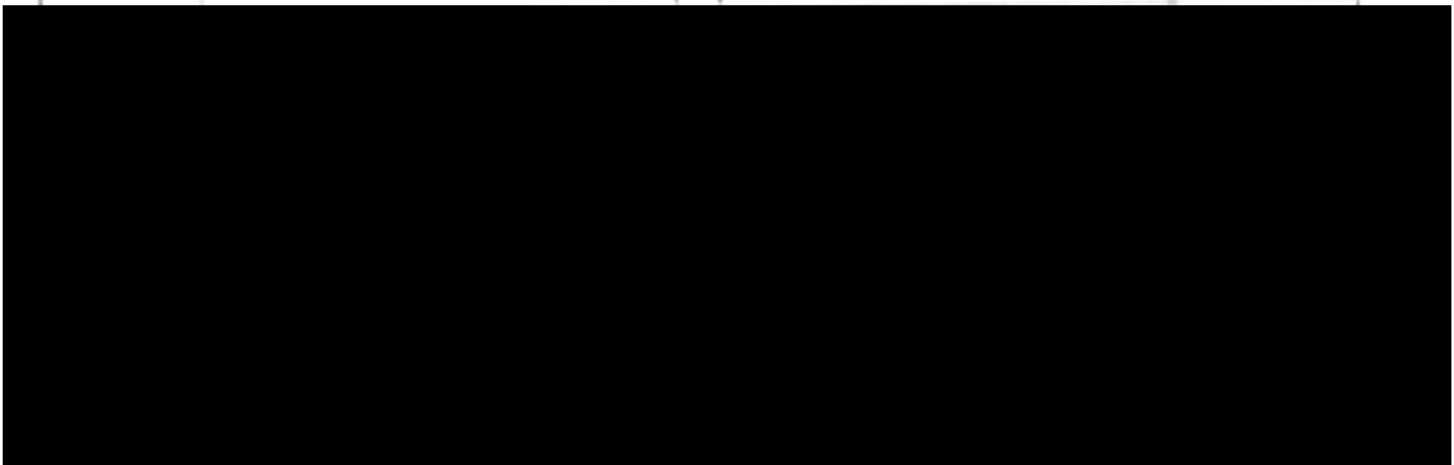
Horario: 9 <sup>00</sup> - 1245	N° de Sesión
Fecha de sesión: 01/08/26	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11-14-15-16-17-18-21	
22-24-25-	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 1245	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/08/26	4
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11-14-15-16-17-18	
21-22-24-25-	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



# Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

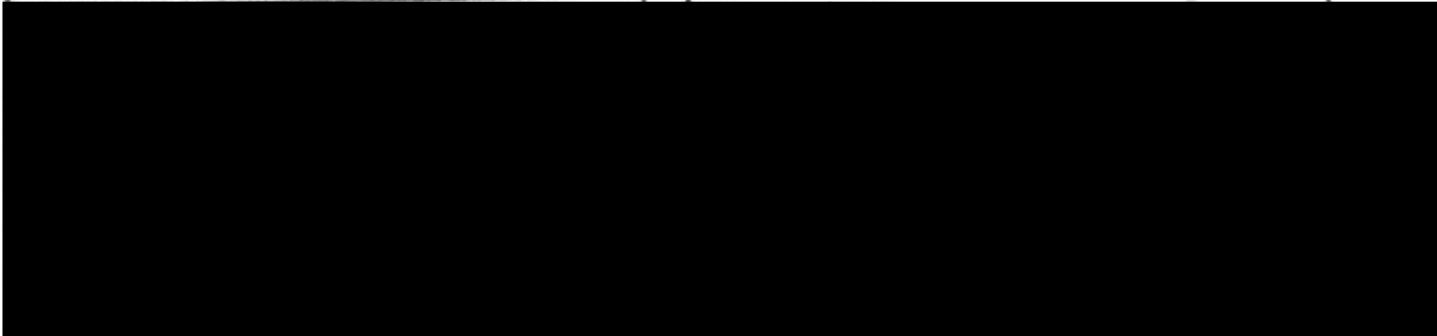
NOMBRE	[Redacted]
RUT	[Redacted]
ID	[Redacted]

## Plan de

1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado de la piel.
12. Prevención de lesiones por presión.
13. Peinado y maquillaje.
14. Afeitado y depilación.
15. Apoyo a la vestimenta.
16. Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
17. Ejercicios físicos.
18. Ejercicios respiratorios y de relajación.
19. Apoyo en transferencias.
20. Manejo postural.
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos.
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita
28. Orden
29. Apoyo
- o de int
- barrial.
30. Apoyo
- y de sal

Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 26/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 10 - 11 - 14 - 15 - 16	
17 - 22	

Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 02/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 10 - 11 - 14 - 15 - 16	
17 - 22	



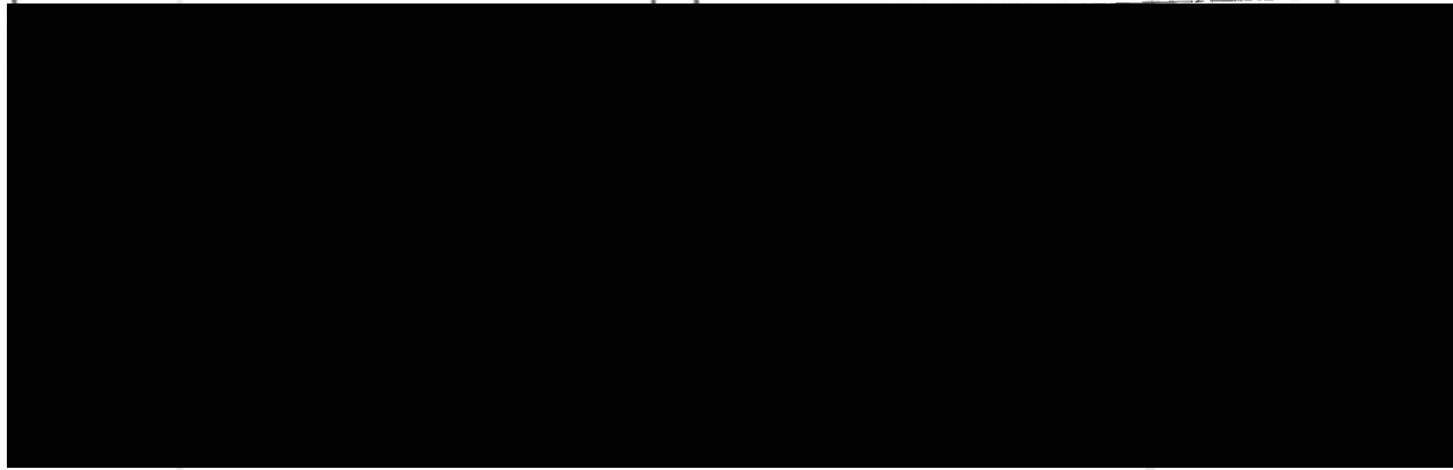
Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 09/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 10 - 11 - 14 - 15 - 16 - 17	
22	

Horario: 13 <sup>15</sup> - 17 <sup>00</sup>	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 16/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 10 - 11 - 14 - 15 - 16 - 17	
22	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



### Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

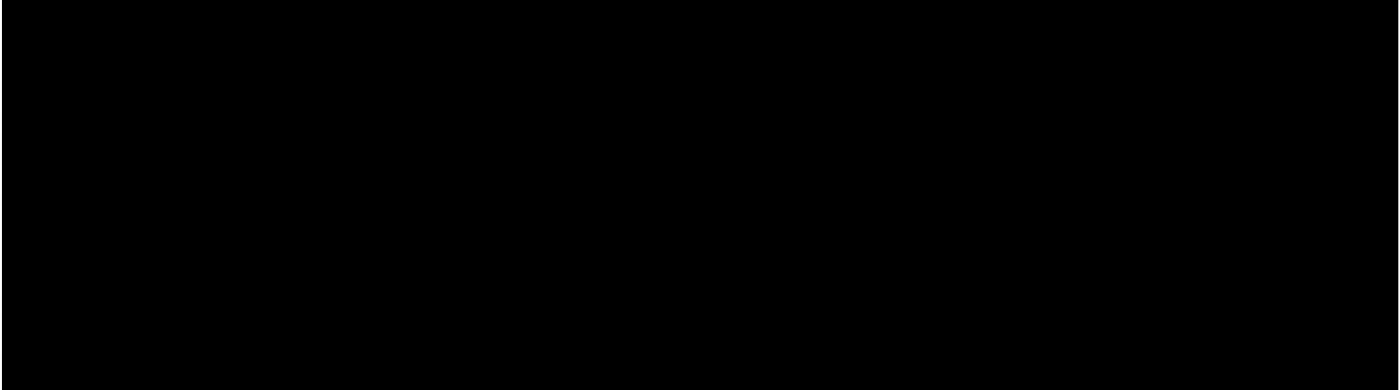
NOMBRE	Marcos Catalán
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### Plan de Apoyo

1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado de la piel.
12. Prevención de lesiones por presión.
13. Peinado y maquillaje.
14. Afeitado y depilación.
15. Apoyo a la vestimenta.
16. Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
17. Ejercicios físicos.
18. Ejercicios respiratorios y de relajación.
19. Apoyo en transferencias.
20. Manejo postural.
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos.
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Orden de la casa.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

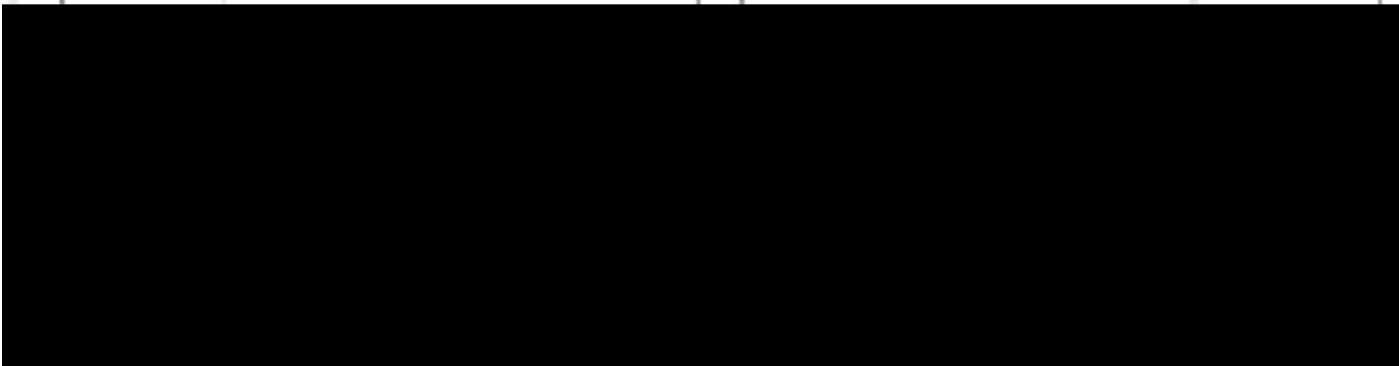
Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/03/26	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 4 - 11 - 14 - 15 - 16 - 17	
22 - 24 - 25 - 27 - 28	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/04/26	2
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 4 - 11 - 14 - 15 - 16 - 17	
22 - 24 - 25 - 27 - 28	



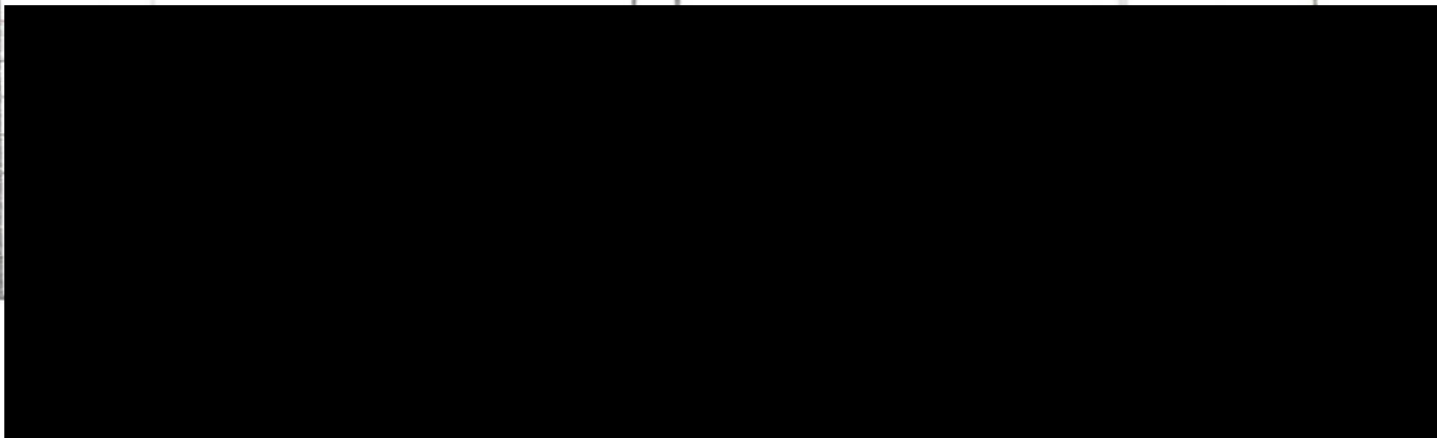
Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/04/26	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 4 - 11 - 14 - 15 - 16 - 17	
22 - 24 - 25 - 27 - 28	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



28

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

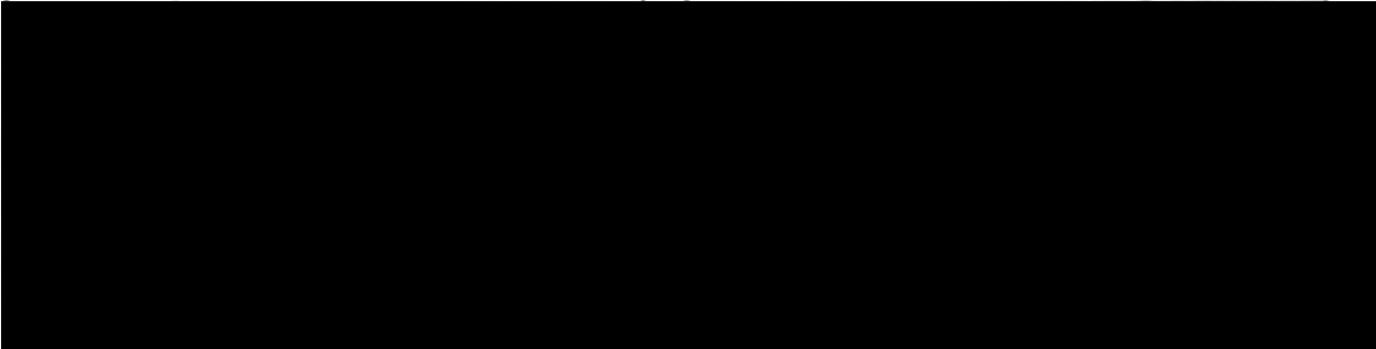
NOMBRE	Luis Helgarejo
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### Plan de Apoyo SAD

1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado de la piel.
12. Prevención de lesiones por presión.
13. Peinado y maquillaje.
14. Afeitado y depilación.
15. Apoyo a la vestimenta
16. Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
17. Ejercicios físicos.
18. Ejercicios respiratorios y de relajación.
19. Apoyo en transferencias.
20. Manejo postural.
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos.
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Orden de la casa y cambio de ropa de cama.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés comunitario o de interés barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

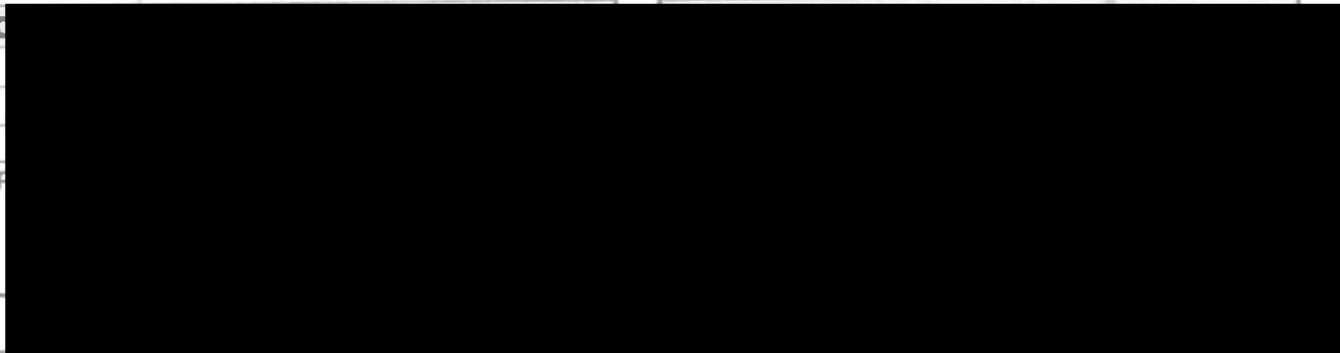
Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 25/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11 - 15 - 16 - 21 - 22 - 25 - 27 - 28	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 01/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11 - 15 - 16 - 21 - 22 - 25 - 27 - 28	



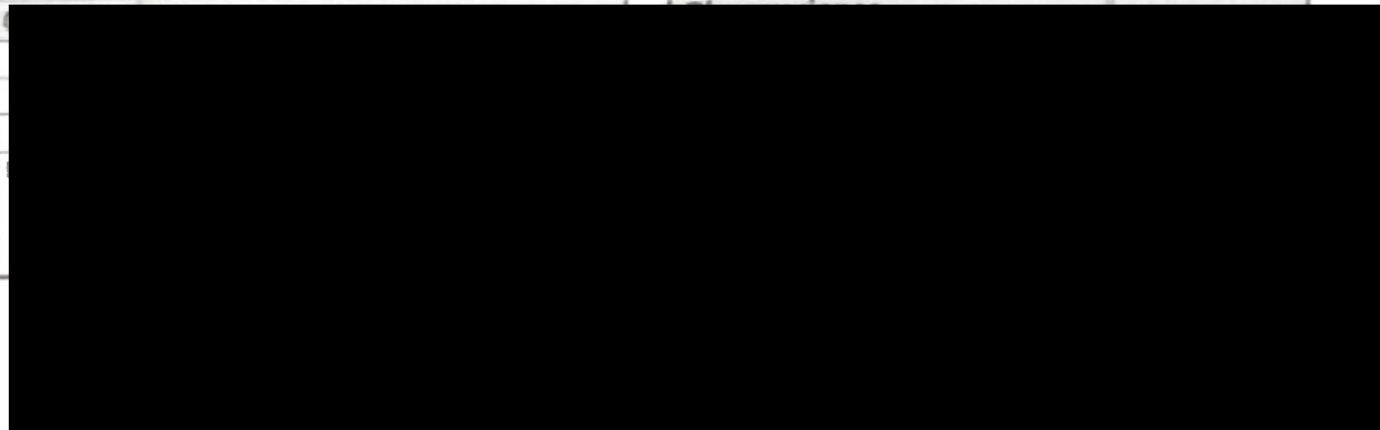
Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 02/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11 - 15 - 16 - 21 - 22 - 25 - 27 - 28	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 15/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11 - 15 - 16 - 21 - 22 - 25 - 27 - 28	



Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



### Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

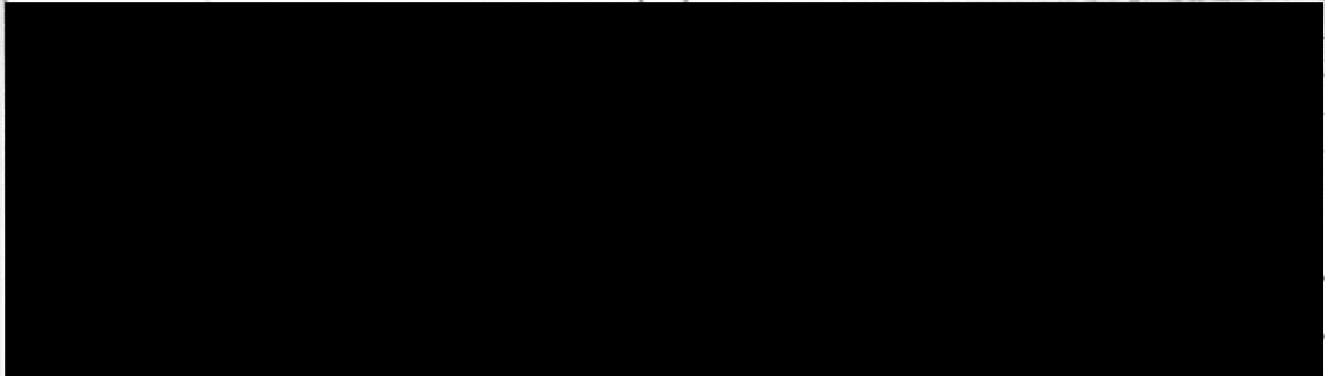
NOMBRE	Claudina Guinchavil
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### Plan de A

1. Baño/ducha
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado de la piel.
12. Prevención de lesiones por presión.
13. Peinado y maquillaje.
14. Afeitado y depilación.
15. Apoyo a la vestimenta.
16. Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
17. Ejercicios físicos.
18. Ejercicios respiratorios y de relajación.
19. Apoyo en transferencias.
20. Manejo postural.
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos.
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Orden de la cama y cambio de ropa de cama.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la comunidad o barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 4 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11	
15 - 16 - 19 - 22 - 24 - 27 - 28	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 4 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 15 - 16	
19 - 22 - 24 - 27 - 28	



Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 4 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 15	
16 - 19 - 22 - 24 - 27 - 28	

Horario: 9 <sup>00</sup> - 12 <sup>45</sup>	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 4 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 15	
16 - 19 - 22 - 24 - 27 - 28	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

