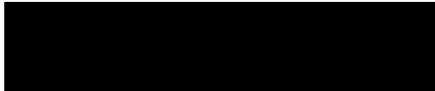


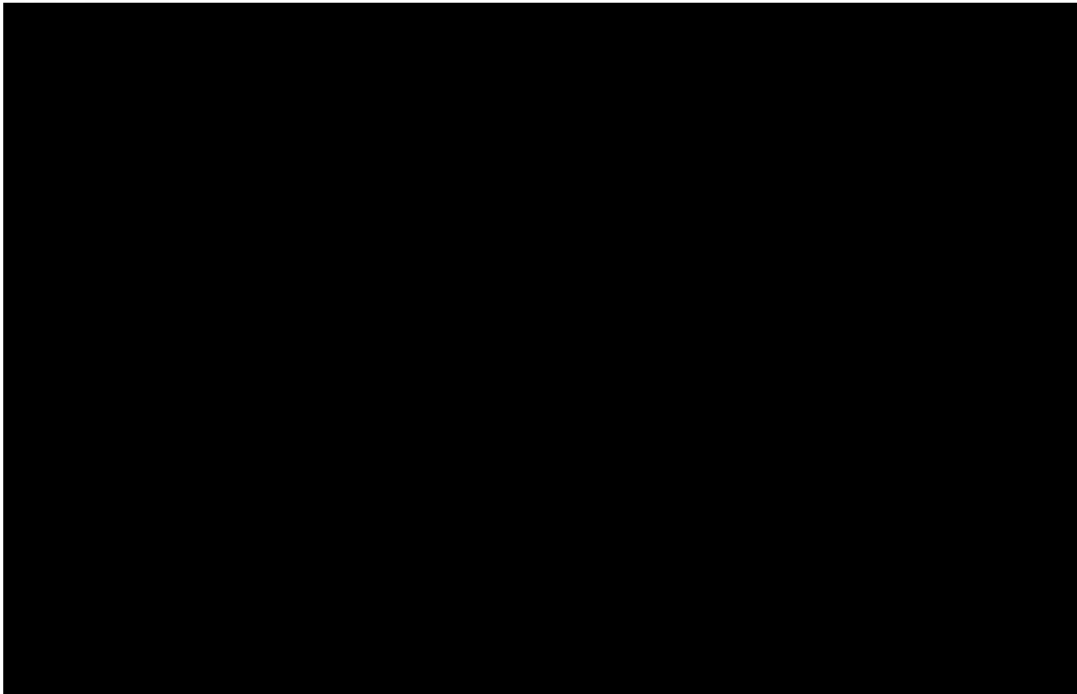
NOMBRE: Macarena Paola Moyano Fuentes ✓



Se extiende el presente certificado, para cursar el pago correspondiente al mes de abril del año 2026.

Además, se certifica que las actas de reuniones incluidas en este informe, son copia fiel del original.

La última semana de actividades se adjunta en el informe del próximo mes de mayo del año 2026.





INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionario: Macarena Moyano Fuentes



De acuerdo con la gestión encargada mediante contrato de honorarios suscrito con la Municipalidad de Padre Hurtado - Dirección de DIDECO se ha encomendado los siguientes cometidos para el año 2026:

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de Psicología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.
- Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.
- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.

Actividades de acuerdo a los cometidos:

- **Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de kinesiología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.**

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

Calendario de actividades mes Marzo

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		25 Visita domiciliaria Oservanda Pasten Susy Espinosa Alicia Lepe Margarita Arroyo Gestión de Casos	26 Visita Domiciliaria Pedro Gonzales Eyllen Valenzuela Rupentina Pizarro Jaqueline Aburto Gestión de Casos	27 Administrativo Gestión de casos
30 Administrativo Gestión de casos	31 Administrativo Gestión de caso			



Calendario de actividades mes abril

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		01 Administrativo Gestión de casos	02 Administrativo Gestión de casos	03 Feriado
06 Visita domiciliaria: Margarita Arroyo Alicia Lepe Margarita Lineros Gestión de casos	07 Visita domiciliaria: Luis Martínez Rosalba Martínez Luis Velasquez Segundo Gonzales Ana Zapata Teobalda Altamirano	08 Visita Domiciliaria Mariela Gonzales Marcos Catalán Luis Gutiérrez Reunión de equipo SS.EE.	09 Visita domiciliaria (Rural) Carlos Rojas (Fallida) Administrativo	10 Visita Domiciliaria Oservanda Pasten Susy Espinosa Jose Cardoza
13 Visita Domiciliaria Rosa Muñoz José Aguilera Sergio Salas Juan Gallardo Administrativo	14 Visita Domiciliaria: Laura Alfaro Rocio Apablaza Juan León Rupertina Pizarro Administrativo	15 Visita Domiciliaria Fresia Tobar Rosa Tobar Ulises Bernales Carmelita Barrera Administrativo	16 Validación Elizabeth Curis Administrativo	17 Validación Cristián Calfumán Reunión equipo PRLAC
20 Administrativo Gestión de casos	21 Administrativo Gestión de casos Taller adulto mayor	22 Visita domiciliaria Jorge Núñez Adriana Fernández Margarita Arroyo Administrativa	23 Visita Domiciliaria (Rural) Adela Ayala Bruno Lorca Administrativo	

La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención de kinesiología.

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

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

Reunión equipo PRLAC donde se registran nuevos ingresos y se entrega información relevante.

- **Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.**

Se está realizando planificación de las fechas y los lugares para los talleres programados durante el presente año.

- **Realizar ingresos 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.



SSO

Bienvenido **MACARENA PAOLA MOYANO FUENTES**

Aquí verás las aplicaciones, sitios web y sistemas a los cuales puedes acceder

Dashboard

Perfil de Acceso
USUARIO DE APLICACIONES

Último acceso
22/04/2026 15:29:41

Aplicaciones Autorizadas
1 APLICACIONES

- APP Aplicaciones: 0
- WEB Gran Sistema: 1
- CMS Content Management System: 0

Mis Aplicaciones

- VENTANILLA UNICA**
Funcionaria (Prod)
Ventanilla Unica Funcionaria (Prod)

- **Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.**

Se realiza trabajo administrativo y la gestión de casos en conjunto con la coordinación del programa, agendando visitas en los nuevos domicilios.

- **Participar en actividades solicitadas por DIDECO.**

Taller en club de adulto mayor el Ensueño.





DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**





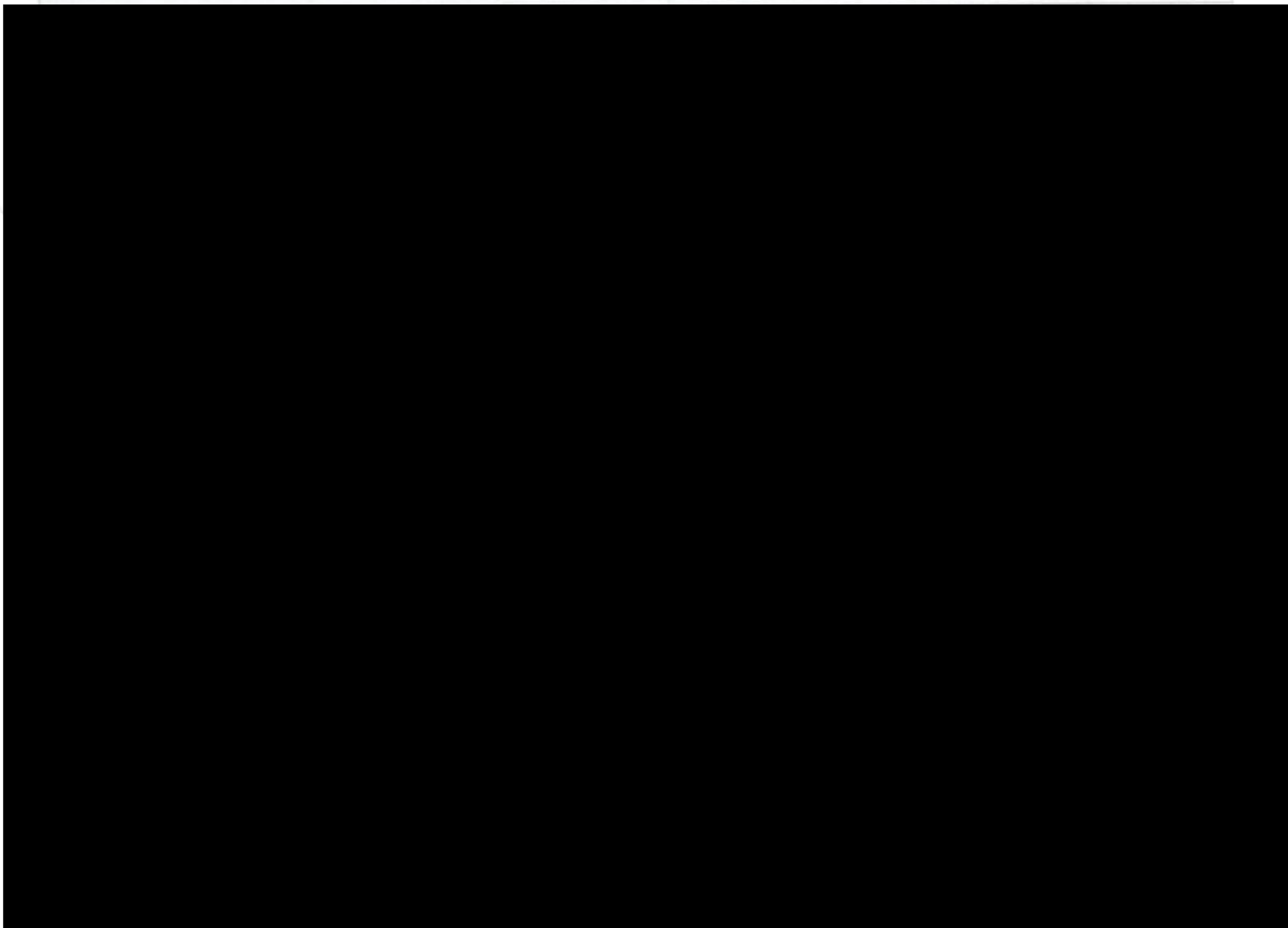
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	17/04/26
Hora	14 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Caucho Melipilla 908, Oficina Kaplan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anis Navarrete	Coordinadora SPO	
Poncio Rivera	A.C.	
John Moya Hufis	A.C.	
Patricia Martínez R.	A.C. - Tecnología	
AIPSON MAGUIB	Psicóloga	
Mellen Santos	A.C.	
Macarena Mellano	Kinesólogo	
Andrés Infante	A.C.	
María José Cancian	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Margherita Abulay Pilcante	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donoso San Martín	Historiador	
Constanza Soto	A.C.	
Amazilia Bohamondes	Coordinadora SS.EE	
Christopher Rojas	gestor comunitario	
Hermano de Quirino	Encargado Red PRLAC	

Desarrollo





Red Local Apoyos y Cuidados



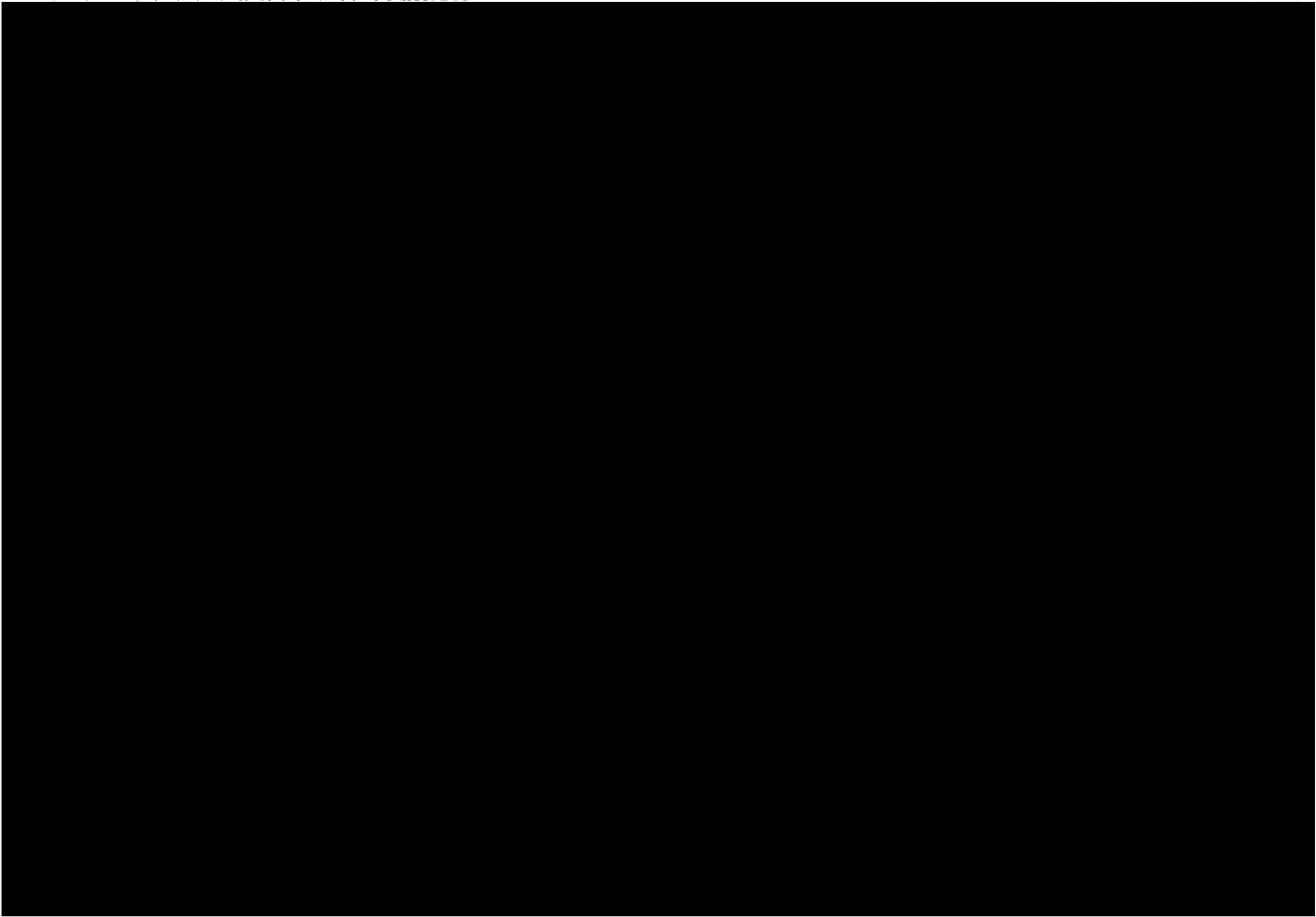
PRLAC N°04.1

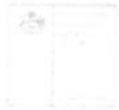
Acta de Reunión

Fecha	08 Abril 2026
Hora	14:00
Comuna	Puerto Bustos
Lugar de realización	Casa Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Amelia Duxre	Interventora, PRLAC	[Redacted]
Macarena Moyano	Interventora, PRLAC	[Redacted]
Alfonso Mejillo	Psicólogo, PRLAC	[Redacted]
Monserrat Aballeo Pilate	Terapeuta Comunitaria	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunión
----	---------------------------





Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Chile
Cuida

PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Desarrollo

N°	Acuerdos/ compromisos	Responsable	Plazos
	Reunificación	Coordinadora SS.EE.	Abri 1.
	Geolocalización Detras	SS.EE.	Abri 1.
	Gestión de casos.	Coordinadora SS.EE.	Abri / Tiempo.

TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 30/03 - 31/03 - 01/04 - 02/04

Hora 8:30 - 5:30 hrs.

Comuna Pedro Hurtado.

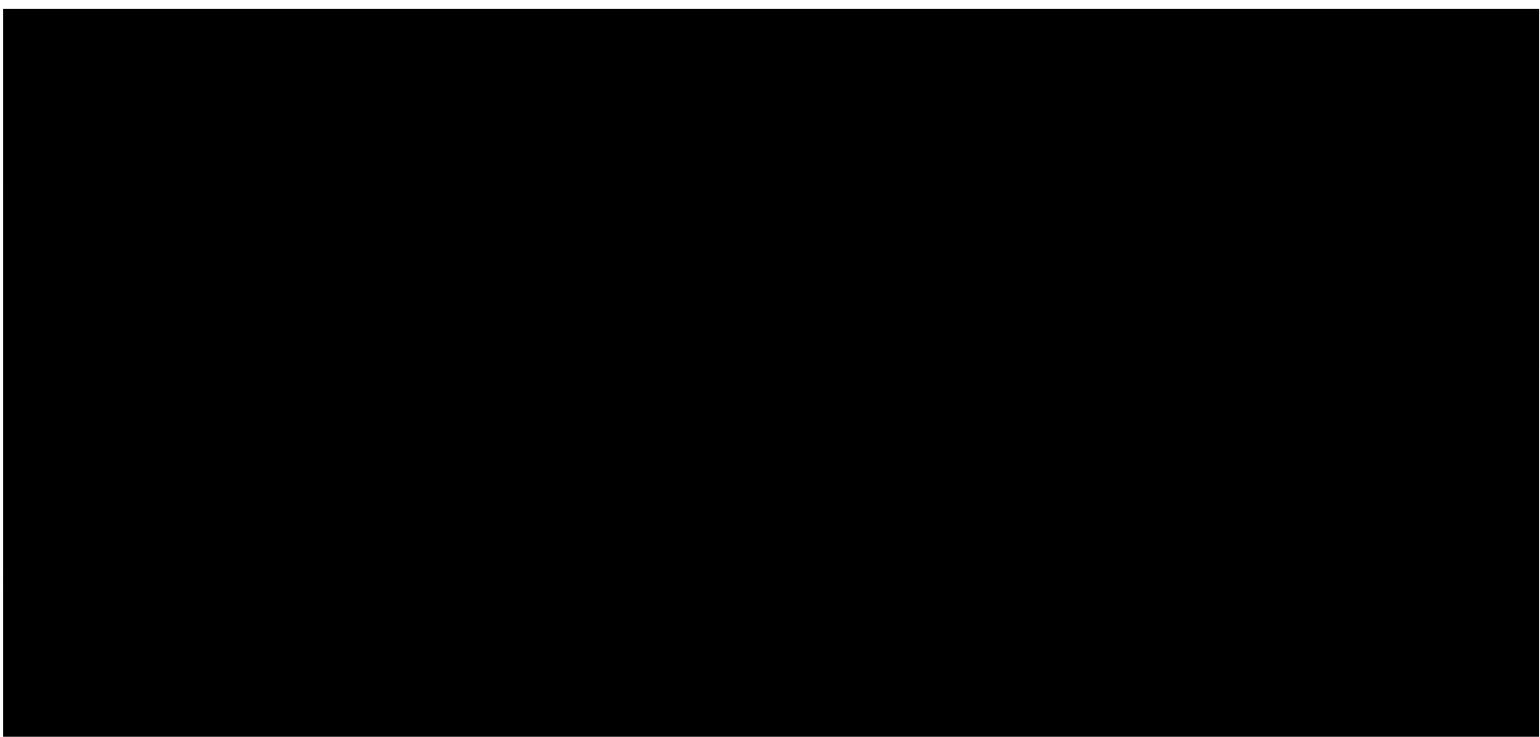
Lugar de realización Casa Kaplan.



Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Mariana Mayago Fuentes	kinesióloga	[Redacted]
Alison Najelo	Psicóloga	[Redacted]
Montserrat Aballo Pilcare	Terapeuta Ocupacional	[Redacted]

N°	Temas de trabajo
	Gestión de Casos.
	Actualización patologías Urucarios



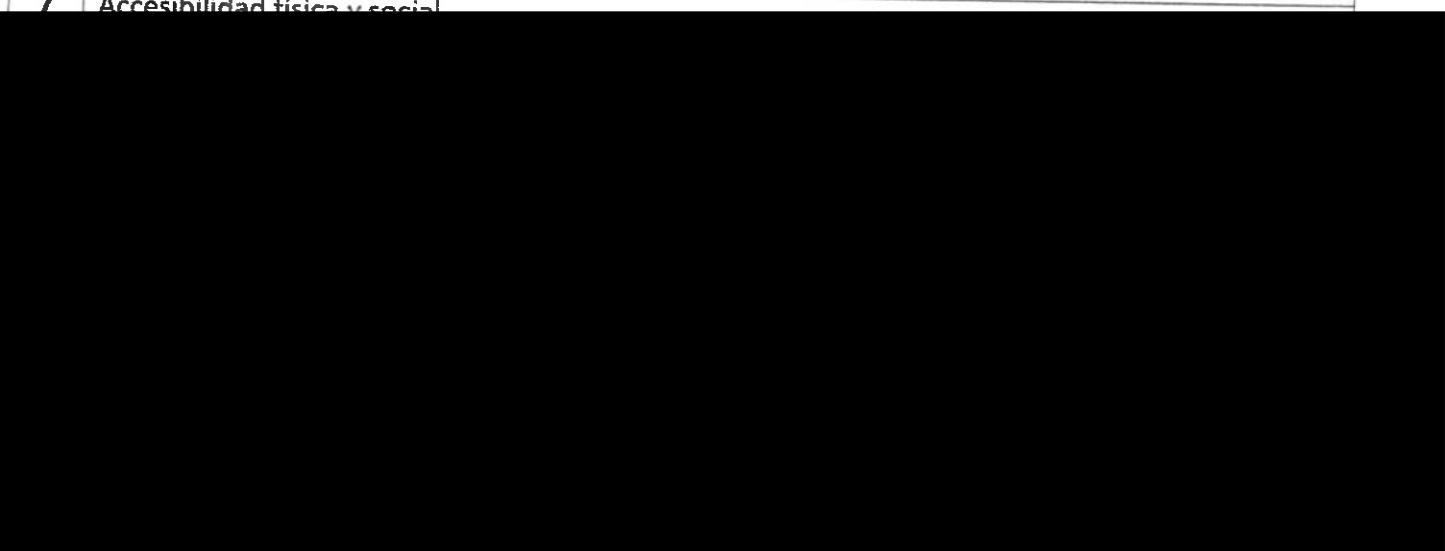
25/03/26



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesología	
1 ID	95502	
Nombre Usuario/Cuidadores	oservemda Pasten	
2 ID	95502	
Nombre Usuario/Cuidadores	Susy Espinosa	
3 ID	18621	
Nombre Usuario/Cuidadores	Alicia Lepi	
4 ID	10399	
Nombre Usuario/Cuidadores	Nansanita Arango	
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social



Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/03/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 11:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/03/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 12:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/03/20	
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"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 12:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/03/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

26/03/26



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

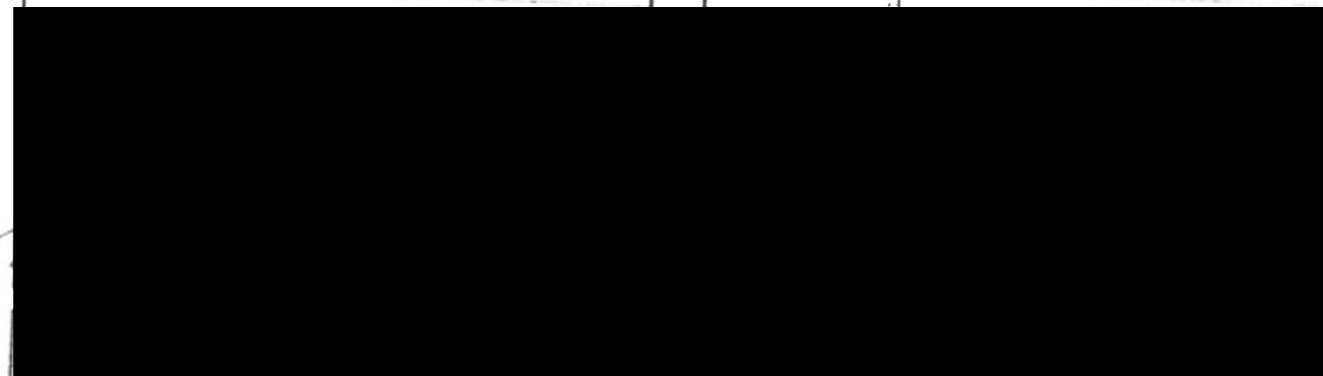
Especialidad

1	ID	114117
	Nombre Usuario/Cuidadores	Pedro Suarez Medina
2	ID	199401
	Nombre Usuario/Cuidadores	Eylen Valenzuela
3	ID	199960
	Nombre Usuario/Cuidadores	Ruperta Pizarro
4	ID	199980
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jacqueline Aburto
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar

Horario: 10:20	N° de Sesión: 3
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"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 11	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 26/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	



Fecha de sesión: 26/03/26	Sesión: 3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 2.00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 26/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	

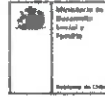


Fecha de sesión: / /	Sesión:
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

Fecha de sesión: / /	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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



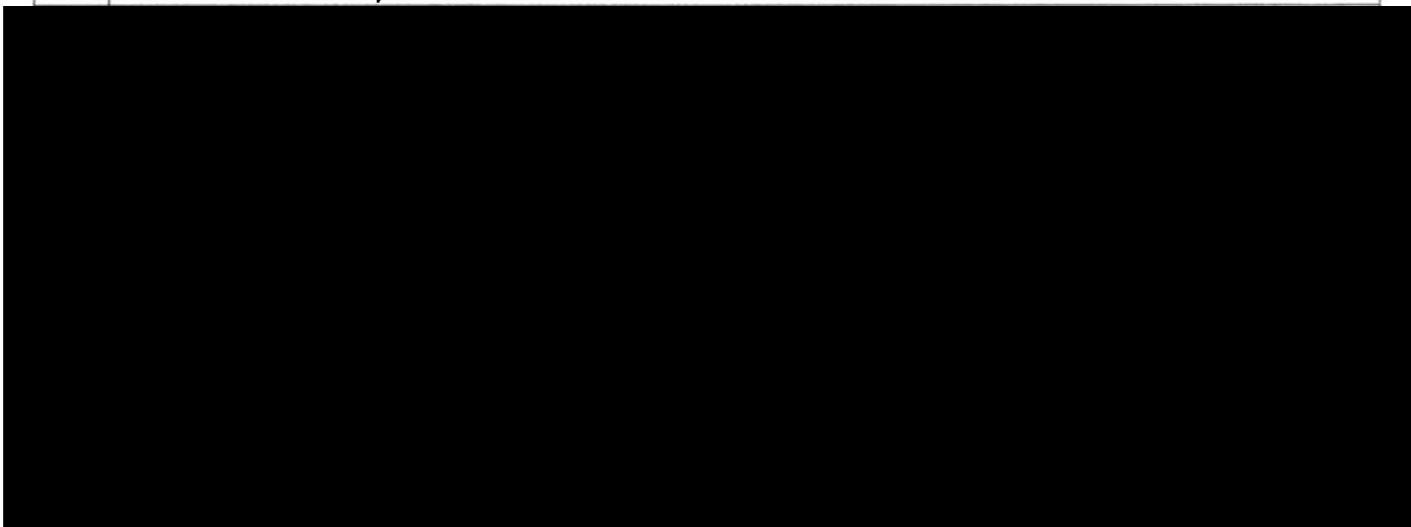
06/04/2026



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesio logía
1 ID	10399
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Arroyo
2 ID	18621
Nombre Usuario/Cuidadores	Alicia Iepe
3 ID	28702
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Lineros
4 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social



Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos 2-3	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos 2-3	

Horario: 13:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos 1-2-3 Margarita Lencinas	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

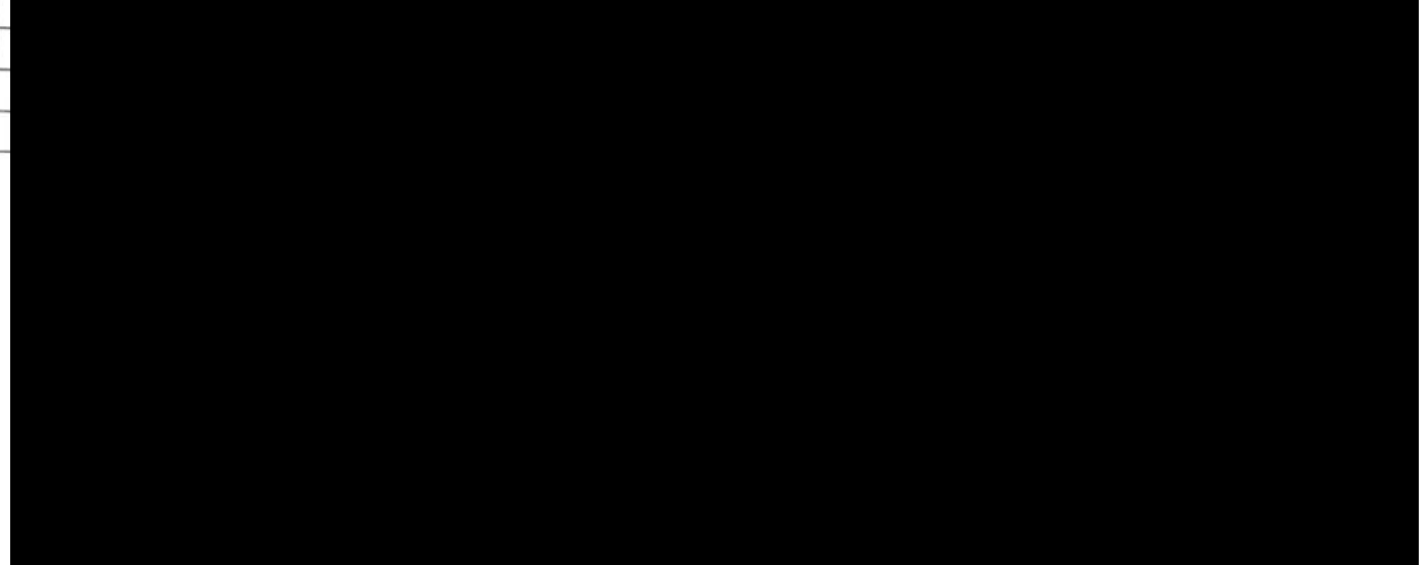
07/04/26.



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesiología	
1 ID	15105	
Nombre Usuario/Cuidadores	Luis Martinez.	
2 ID	15105	
Nombre Usuario/Cuidadores	Rosalba Martinez.	
3 ID	44334	
Nombre Usuario/Cuidadores	Luis Velasquez.	
4 ID	18623	
Nombre Usuario/Cuidadores	segundo Gonzales	
5 ID	18623	
Nombre Usuario/Cuidadores	Ana Zapata.	
6 ID	10181	
Nombre Usuario/Cuidadores	Teobulda Altamirano.	
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

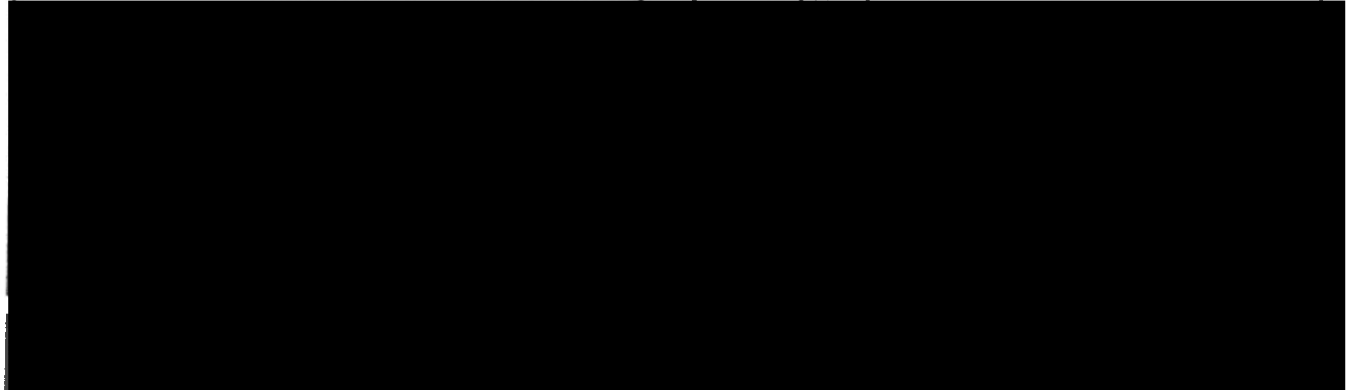
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social



07/04/20

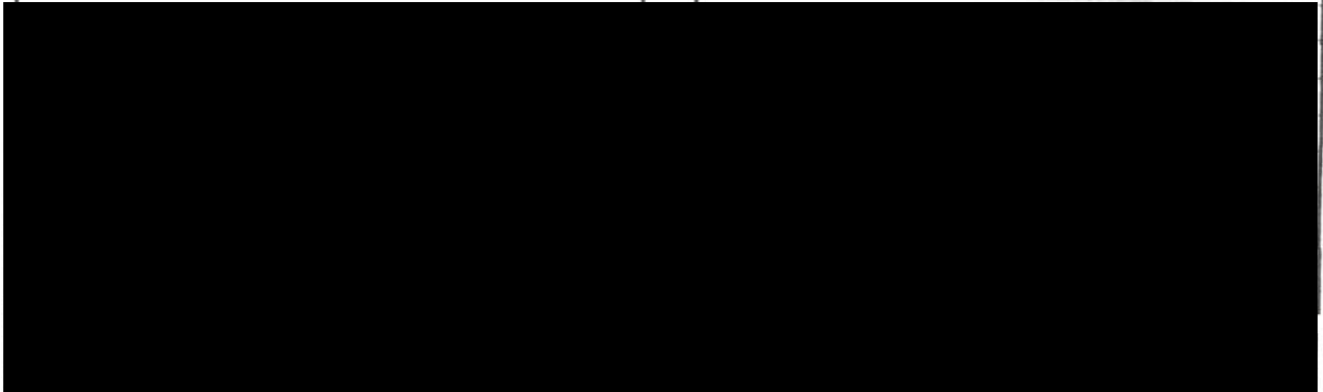
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 07/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	
L 2-3	

Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 07/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	
2-3	



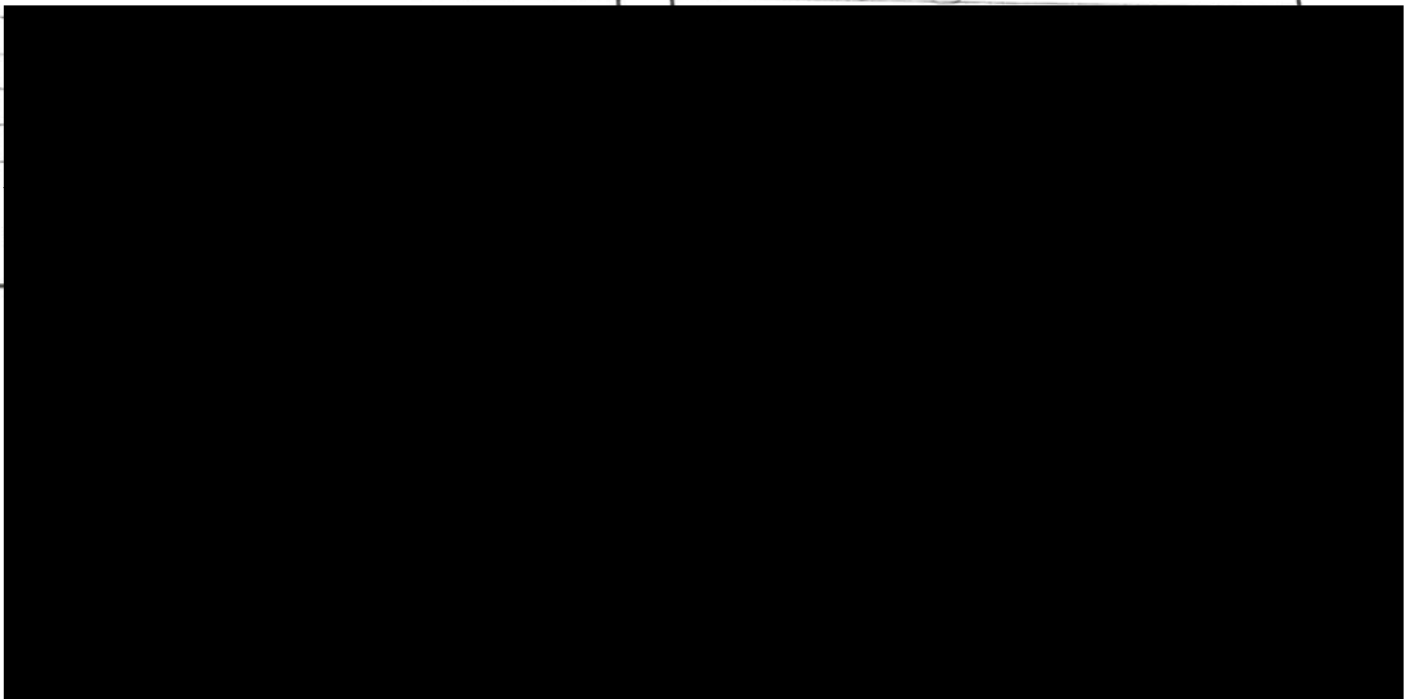
Fecha de sesión: 07/04/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	
2-3	

Fecha de sesión: 07/04/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	
2-3	



Fecha de sesión: 07/04/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	
2-3	

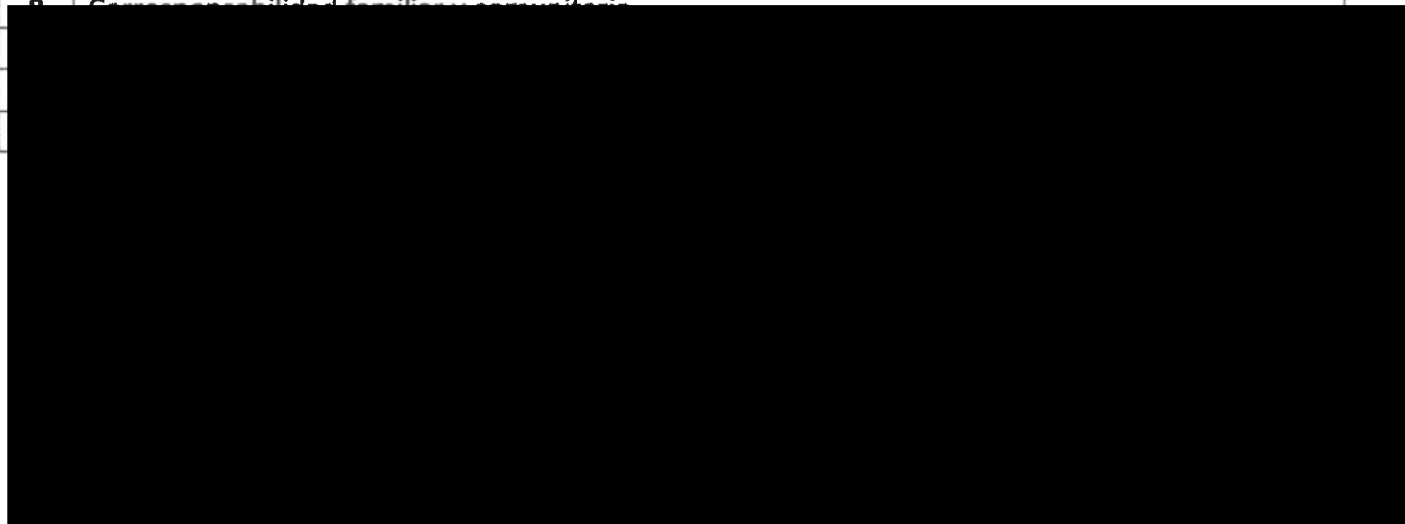
Fecha de sesión: 07/04/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesicología	
SSEE Ámbitos	
2-3	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

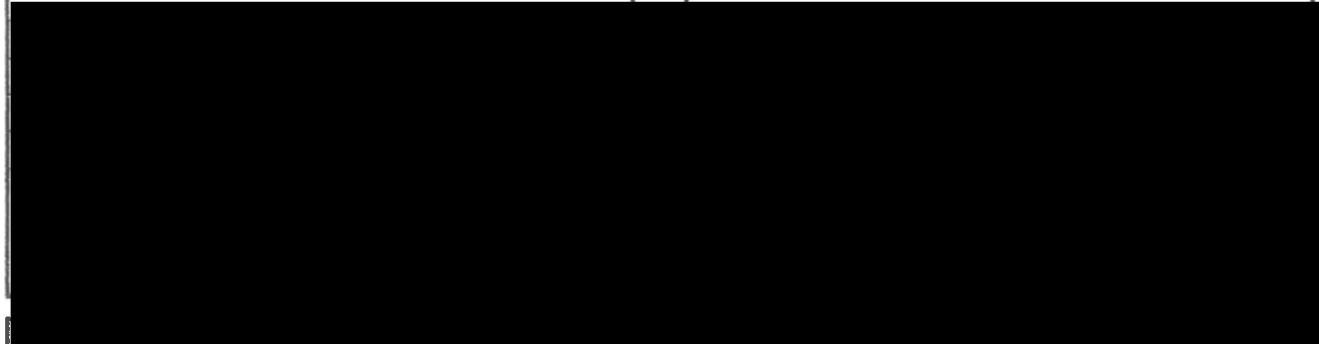
Especialidad		Kinesiología
1	ID	169400
	Nombre Usuario/Cuidadores	Mariela Gonzalez
2	ID	44341
	Nombre Usuario/Cuidadores	Marcos Catalani
3	ID	107042
	Nombre Usuario/Cuidadores	Luis Gutierrez
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Competencia de la familia y comunitaria



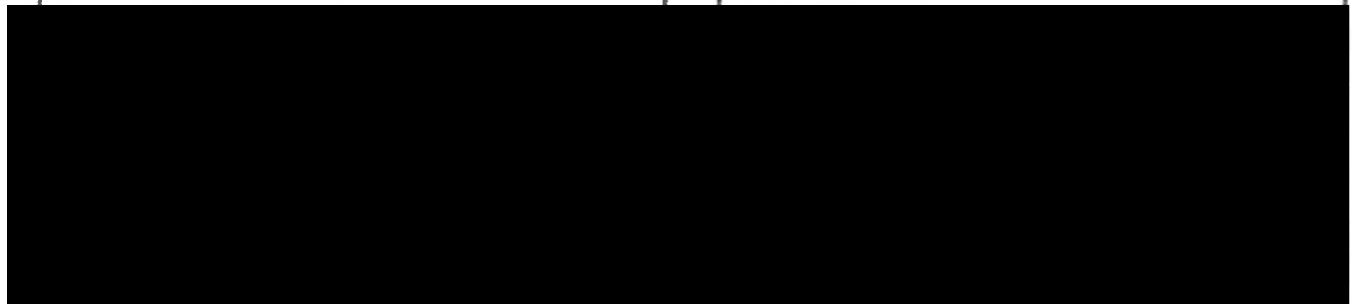
Horario: 9:30 hrs	N° de Sesión
Fecha de sesión: 08/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioología	
SSEE Ámbitos	
2-3	

Horario: 11:00 hrs	N° de Sesión
Fecha de sesión: 08/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioología	
SSEE Ámbitos	
2-3	



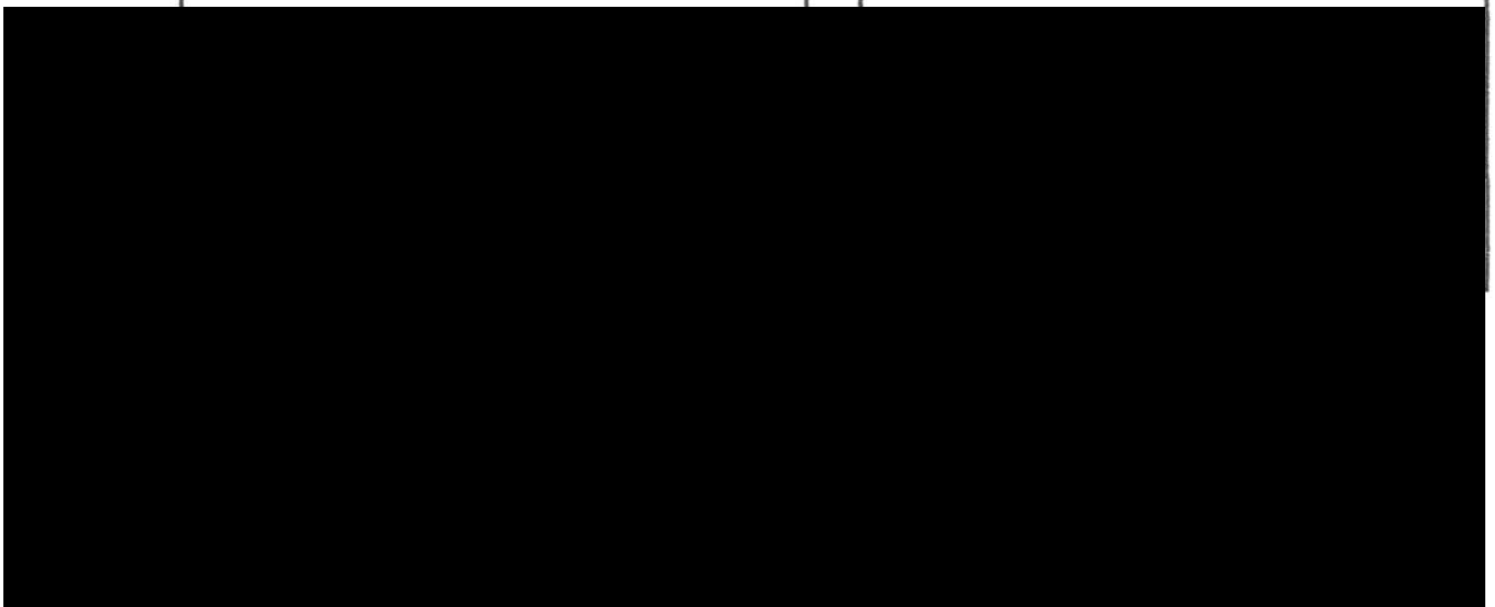
Horario: 12:15	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 08/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioología	
SSEE Ámbitos	
2-3	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

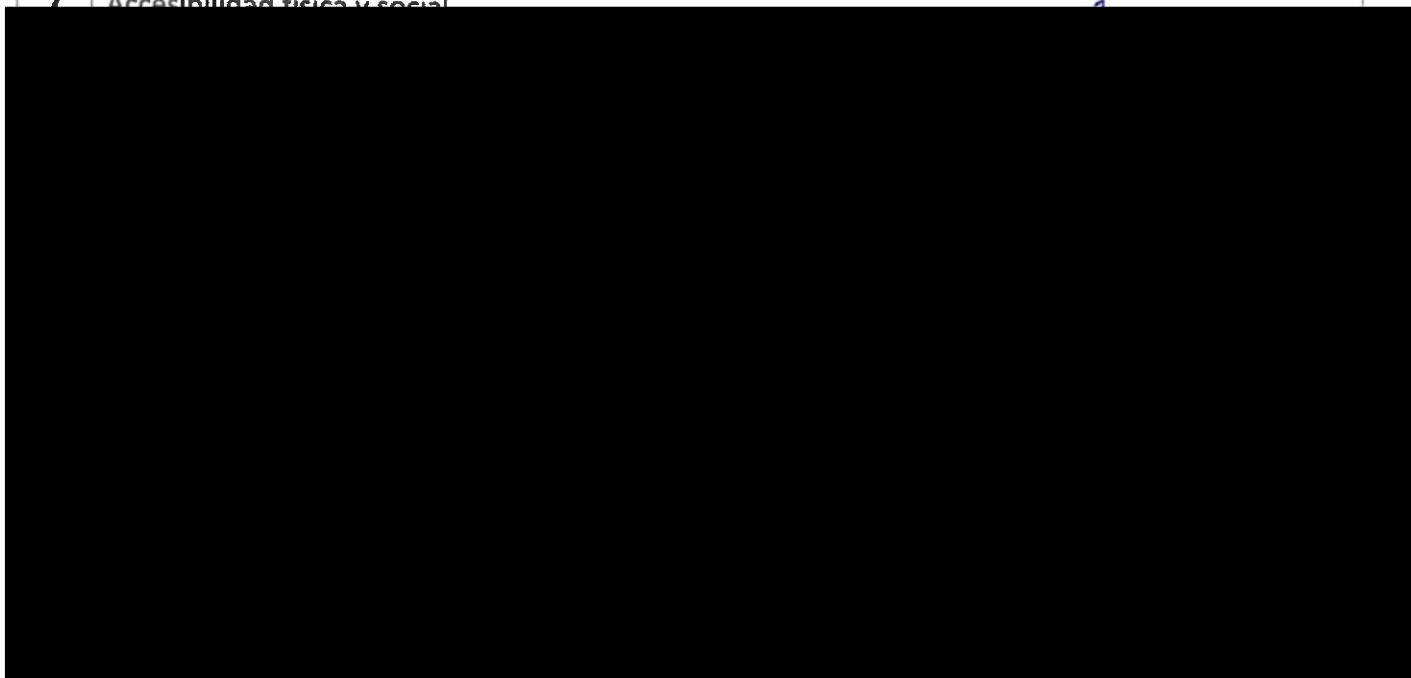
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesio logía	
1 ID	116539	
Nombre Usuario/Cuidadores	Carlos Rojas	
2 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
3 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social



Horario: 10-20	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 09/10/11/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesióloga.	
SSEE Ámbitos	
Carlos Rojas	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

Fecha de sesión: / /	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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	
Firma usuario/Cuidadora	

Fecha de sesión: / /	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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	
Firma usuario/Cuidadora	

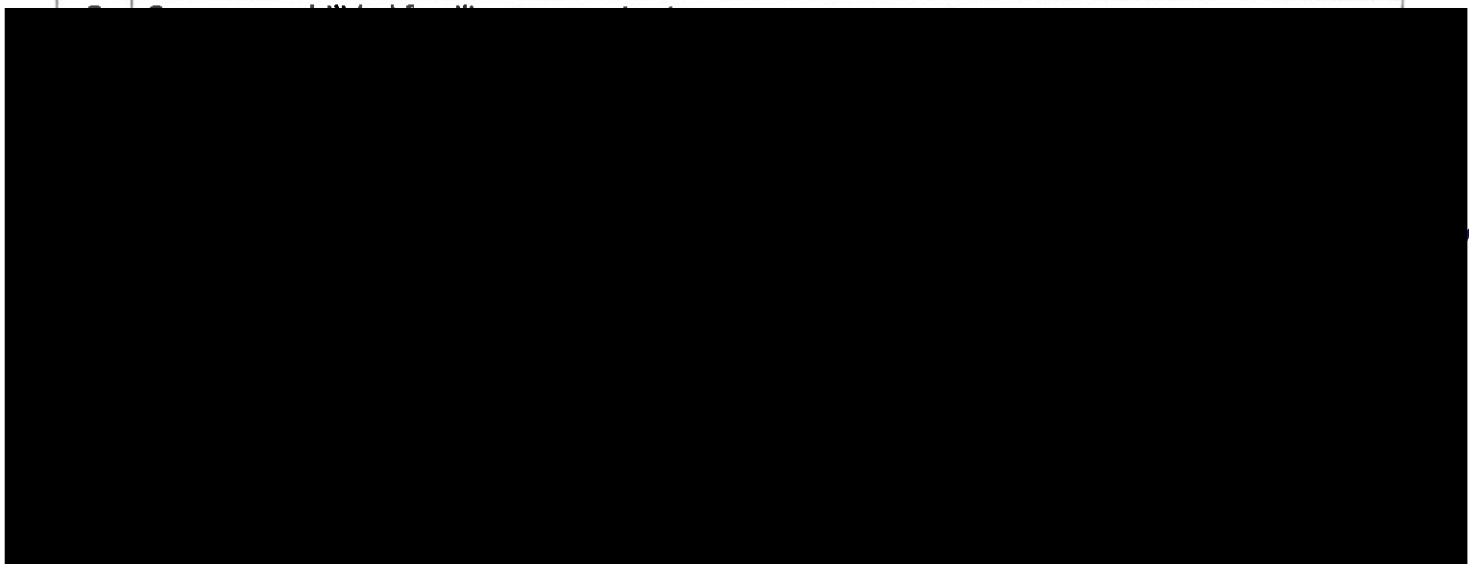
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesióloga.	
1 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores	Elizabeth Valles	
2 ID	95502	
Nombre Usuario/Cuidadores	Osvalda Pasten	
3 ID	95502	
Nombre Usuario/Cuidadores	Susy Espinosa.	
4 ID	124917.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Cardoza.	
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social



Horario: 9:20	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 10/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos: Evaluación	

Horario: 11:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 10/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiólogos	
SSEE Ámbitos: 2-3	

Horario: 11:40	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 10/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiólogos	
SSEE Ámbitos: 2-3	

Horario: 13:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 10/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiólogos	
SSEE Ámbitos: 2-3	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	

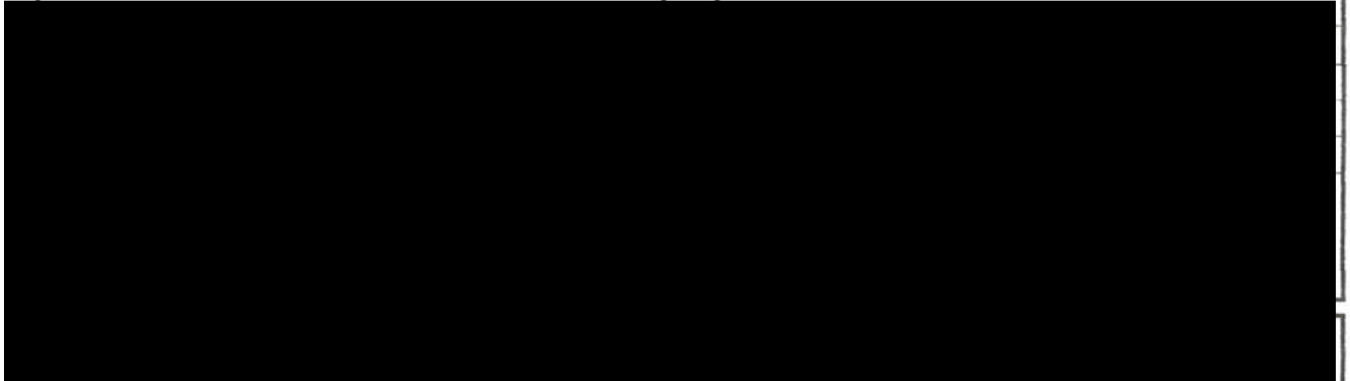
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesiología	
1 ID	201644	
Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa Muñoz	
2 ID	18261.	
Nombre Usuario/Cuidadores	José Aguilera.	
3 ID	87760	
Nombre Usuario/Cuidadores	Juan Gallardo	
4 ID	44321.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Sergio Salas.	
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades
11	

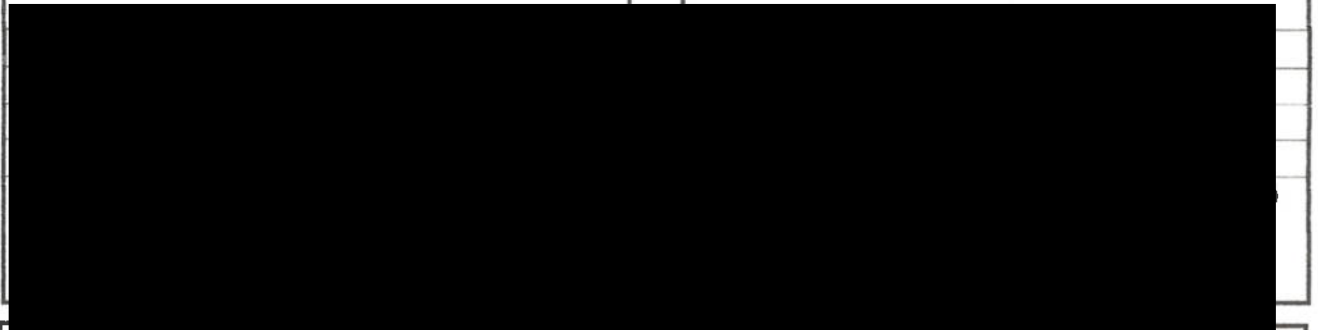
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: kinesiología	
SSEE Ámbitos 1	

Horario: 11:20	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	4
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: kinesiología	
SSEE Ámbitos	



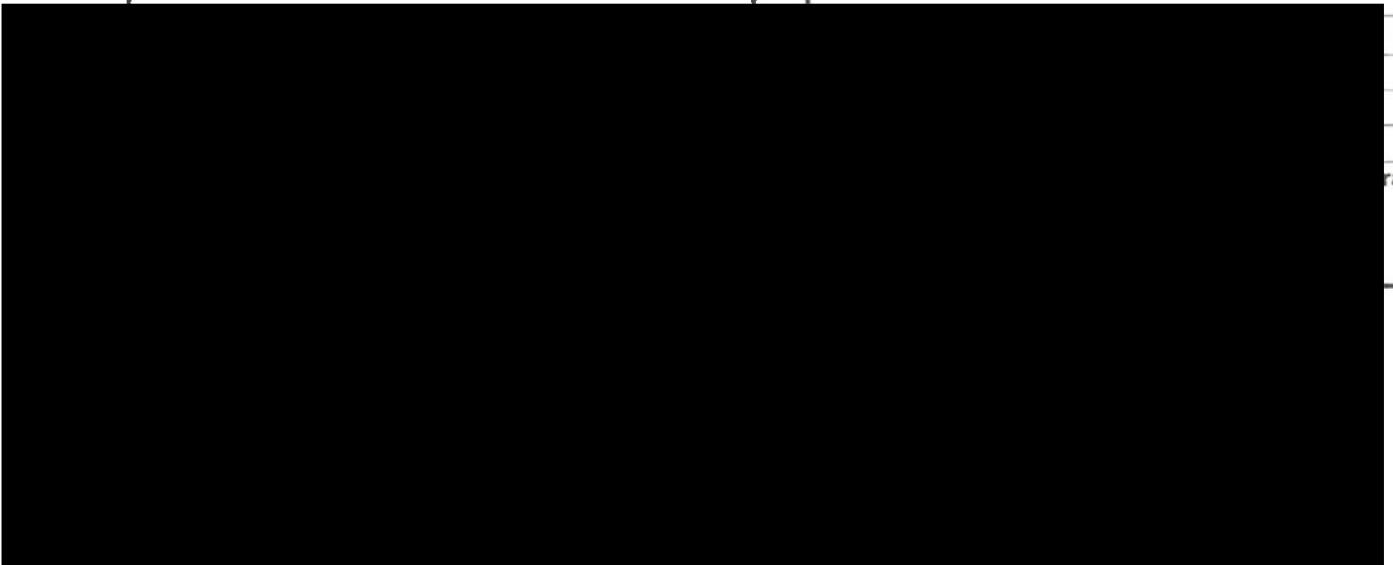
Fecha de sesión: 14/04/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: kinesiología	
SSEE Ámbitos 2-3	

Fecha de sesión: 14/04/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: kinesiología	
SSEE Ámbitos 2-3	



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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

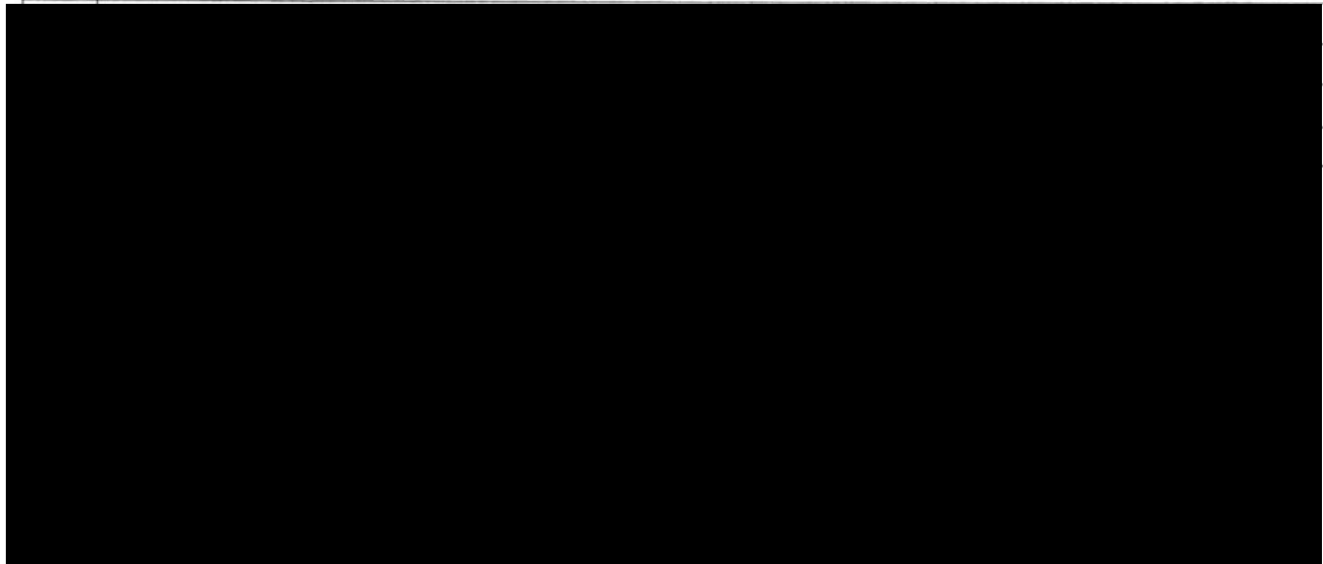
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesología.	
1 ID	201608.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Juan León	
2 ID	199904.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Ruperta Pizarro.	
3 ID	107112.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Rocio Apablaza.	
4 ID	1548.	
Nombre Usuario/Cuidadores	LAURA Alfaro	
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social



Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesióloga	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	

Horario: 12:15	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesióloga	
SSEE Ámbitos	
?	

Horario: 13:20	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesióloga	
SSEE Ámbitos	
2 - 3 (Evaluación)	

Horario: 2:00.	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesióloga	
SSEE Ámbitos	
FALLIDA	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

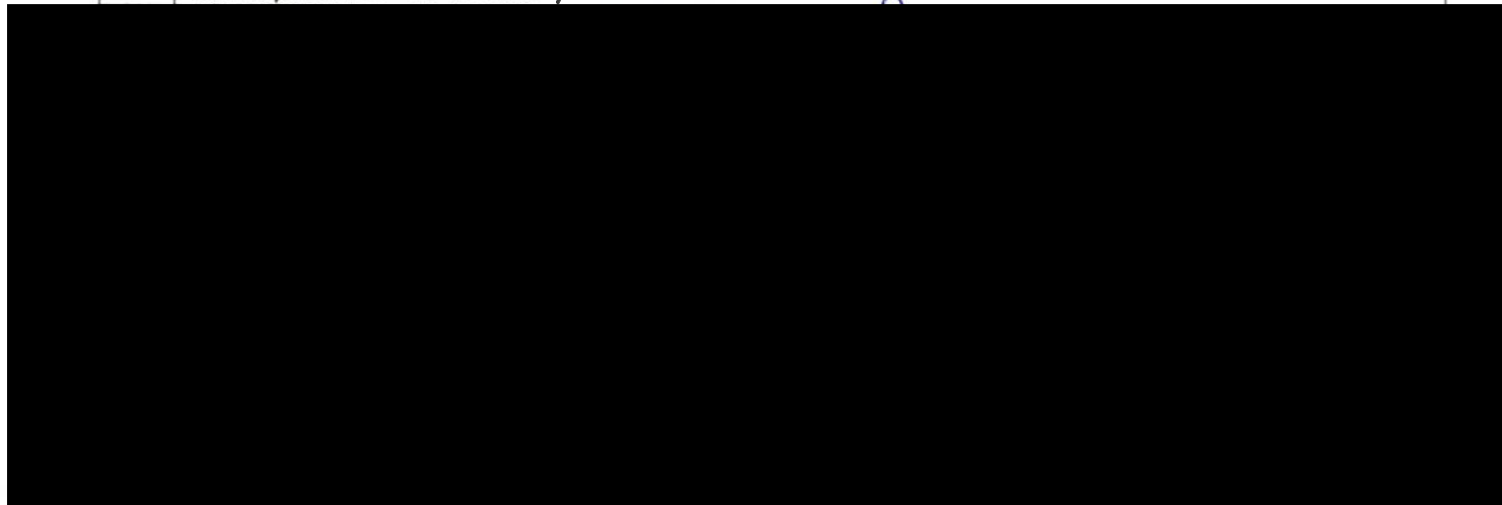
15/04.



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

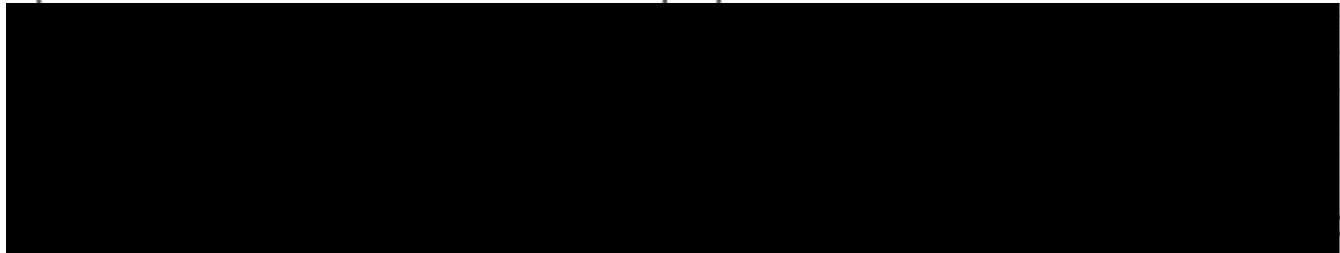
Especialidad	Kinesiología.	
1 ID	11523	
Nombre Usuario/Cuidadores	Frusia toban	
2 ID	11523	
Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa toban.	
3 ID	201624.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Ulises Bernalles	
4 ID	201658.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Carmelita Barrera.	
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantenimiento de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria



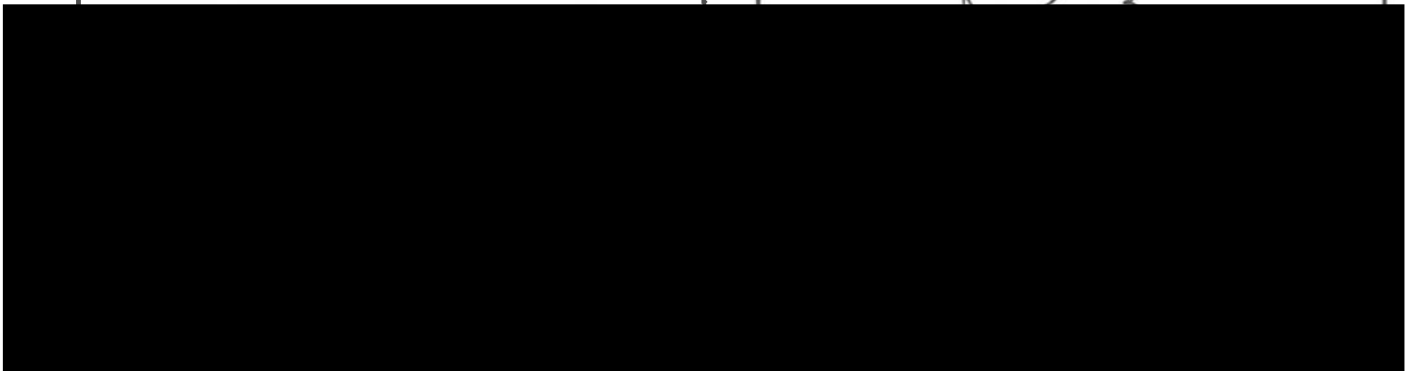
Horario: 11:00	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 15/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Fresa tobar	

Horario: 11:40	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 checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Rosa tobar.	



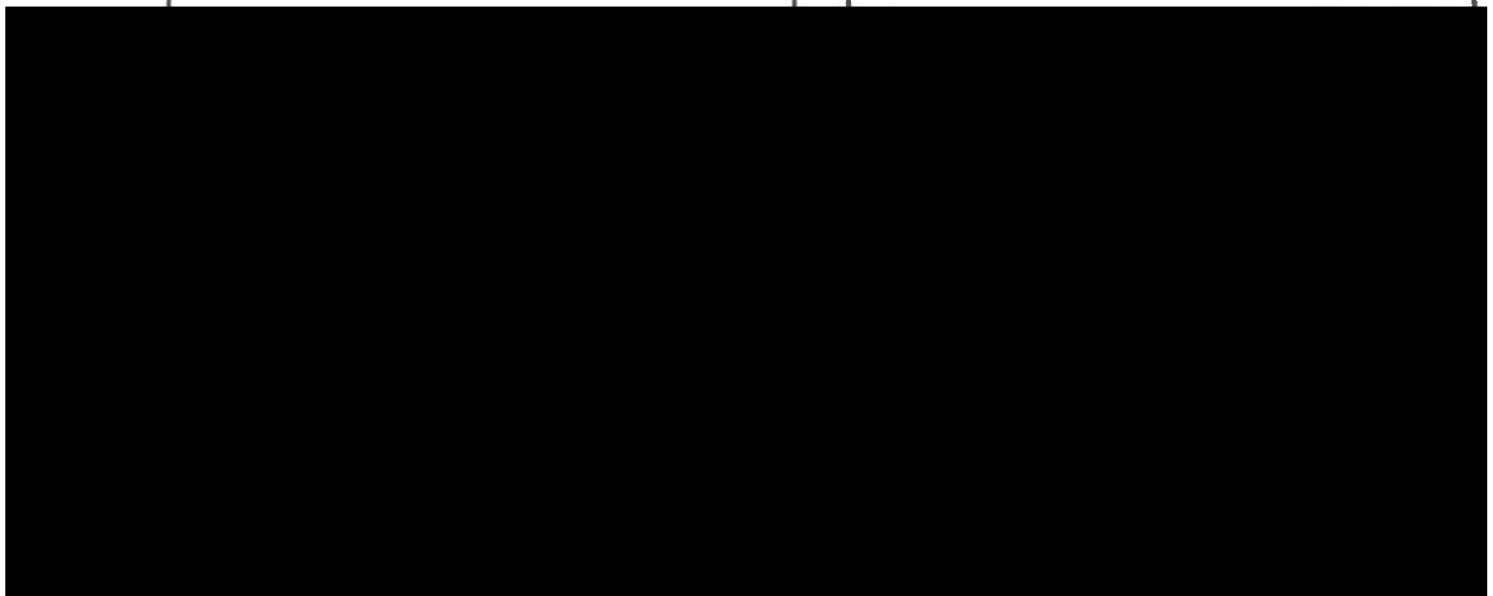
Horario: 1:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 15/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: Evaluación	

Horario: 2:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 15/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 1-2-3	



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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	

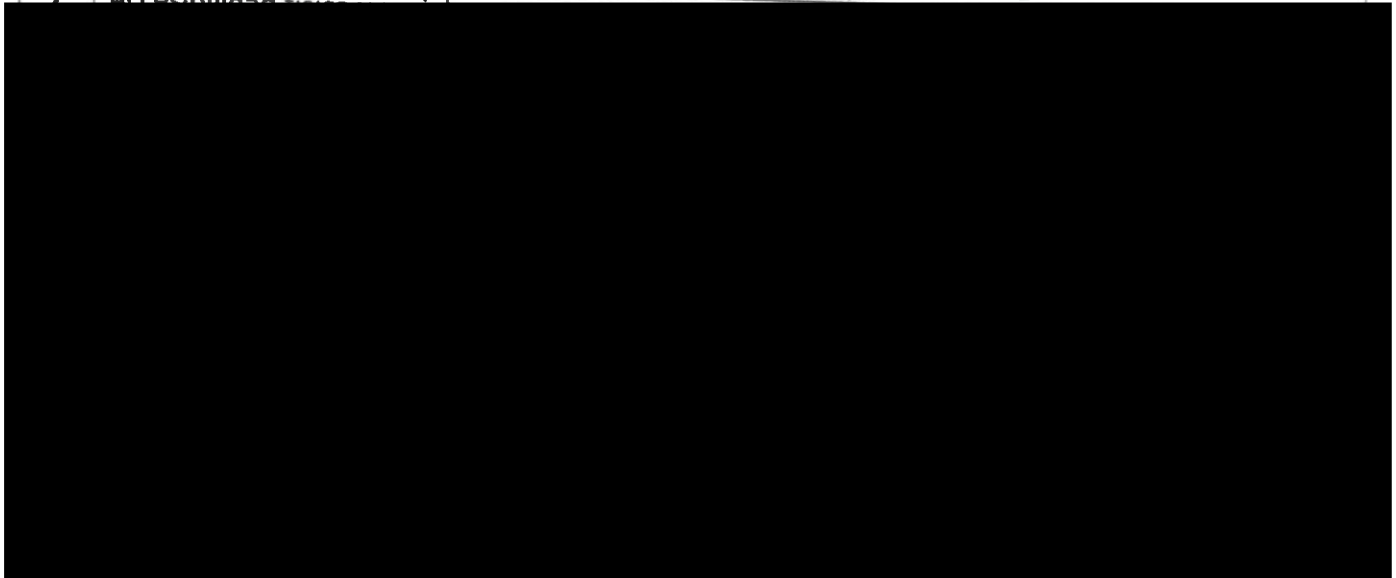
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesología	
1 ID	205130	
Nombre Usuario/Cuidadores	Adriana Fernandez	
2 ID	114175	
Nombre Usuario/Cuidadores	Jorge Noruz	
3 ID	28702	
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Linero	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física



Horario: 10:00	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 22/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: Evaluación	

Horario: 11:15	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 22/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: Evaluación	

Horario: 12:00	N° de Sesión: 6
Fecha de sesión: 22/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: 2-3	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

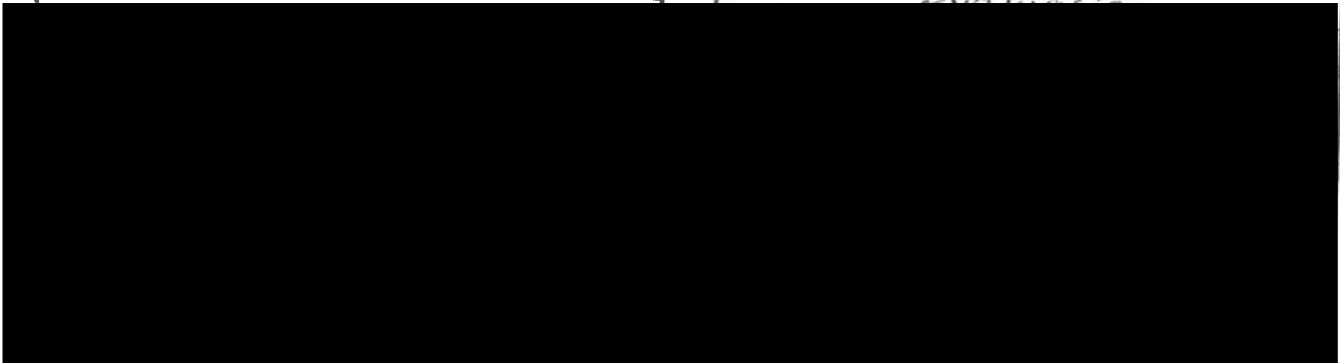
Especialidad	Kinesióloga	
1 ID	102583	
Nombre Usuario/Cuidadores	Adela Ayala.	
2 ID	125911.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Bruno Lonca.	
3 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida



Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/04/26	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/04/26	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	

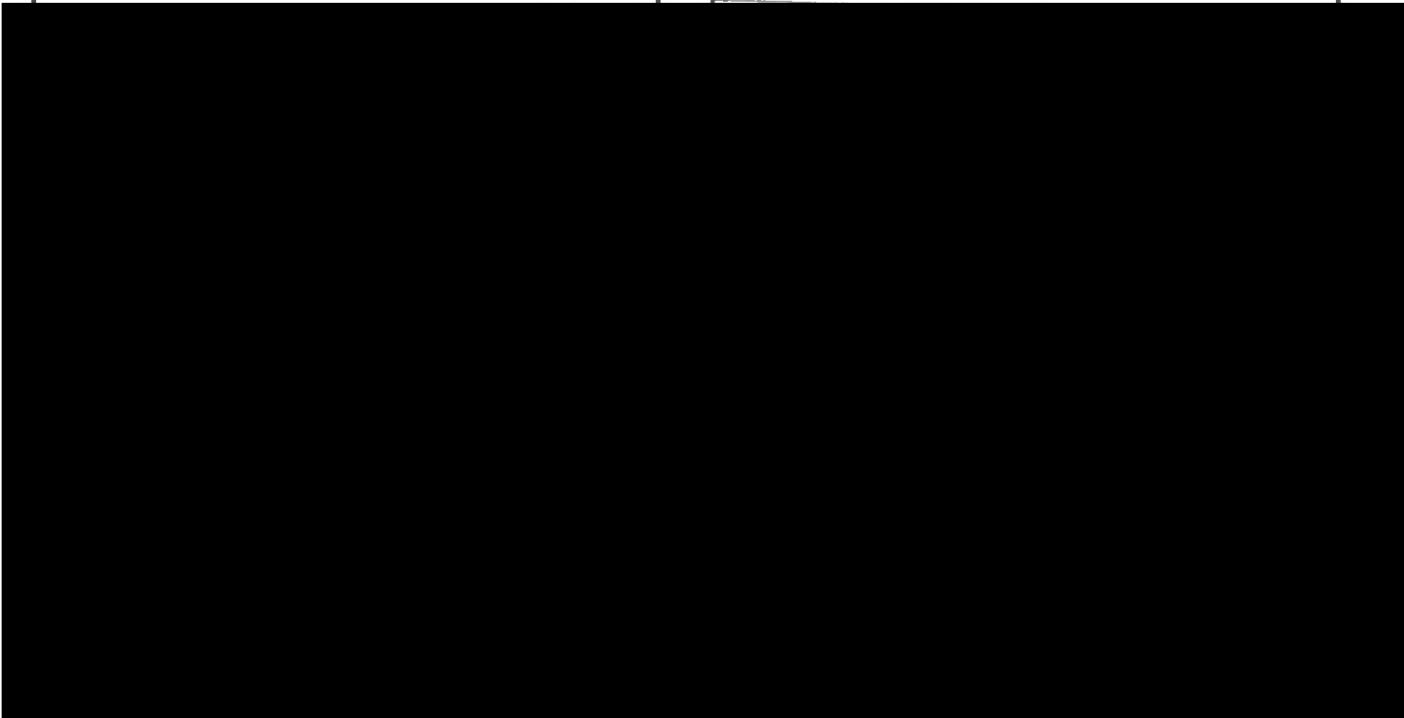


Fecha de sesión: / /	N° de Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

16/04/20

Fecha entrevista Día Mes Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombres	Elizabeth	[Redacted]	
Apellido paterno	[Redacted]	[Redacted]	
Género	[Redacted]	[Redacted]	
Fecha de nacimiento	[Redacted]	[Redacted]	
Dirección	[Redacted]	[Redacted]	
Villa / Población	[Redacted]	Otras referencias	[Redacted]
Comuna	Pacho Hunta	Región	R.M.
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	[Redacted]

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	4 años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuales? _____ NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años	<input type="checkbox"/> Colegios municipales
	<input type="checkbox"/> Actividades recreativas, clubes, centros de agrupación de la comunidad
	<input type="checkbox"/> Junta de vecinos
	<input type="checkbox"/> Iglesia o actividades religiosas
	<input type="checkbox"/> Clubes de la tercera edad
	<input type="checkbox"/> Clubes deportivos
	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____
	<input type="checkbox"/> En ninguna
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad	<input checked="" type="checkbox"/> SI





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

17 / 04 / 2020
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (Comuna)

Nombres	Cristian	Rol	[Redacted]
Apellido paterno	Calzadilla	Apellido materno	Cuevas

[Redacted]

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 10 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? Juan Pablo NO

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

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

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? colegio, fallen beach
- En ninguna

[Redacted]