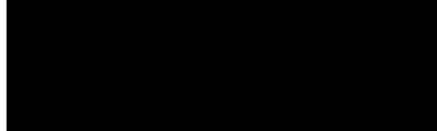




Informe de pago mensual

Funcionario: Constanza Gonzalez Arias



dos

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.
- 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.



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



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

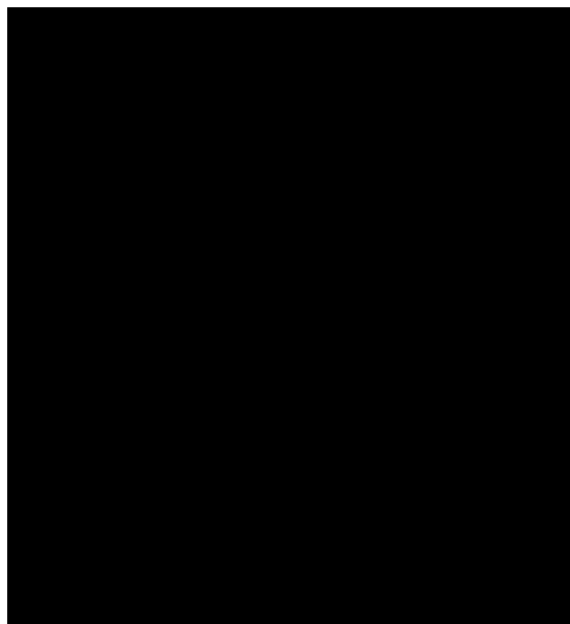


Calendario de marzo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	24 Domingo Retamal 9:00 a 12:45 Jose Cardoza 13:15 a 17:00	25 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 14:00 a 17:00	26 Manuel Faundez 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	27 Eloisa Perez 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
30 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	31 Domingo Retamal 9:00 a 12:45 Jose Cardoza 13:15 a 17:00			

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	2 Manuel Faundez 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	3 Feriado
6 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	7 Domingo Retamal 9:00 a 12:45 Jose Cardoza 13:15 a 17:00	8 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	9 Manuel Faundez 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	10 Eloisa Perez 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
13 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	14 Domingo Retamal 9:00 a 12:45 Jose Cardoza 13:15 a 17:00	15 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	16 Manuel Faundez 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	17 Eloisa Perez 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00



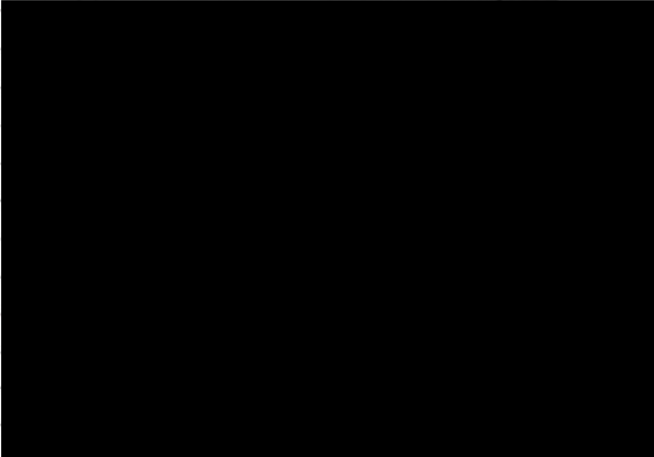


PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Valente	coordinadora SMI	
Hellen Fuentes	A.C	
John Ivan Rojas	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Toniela Viveros	A.C	
Alondra Rojas	A.C	
Rene Jose Cavazos	A.C	
Patricia Martinez R	A.C - Pedagoga	
Constanza Soto	A.C	



Desarrollo



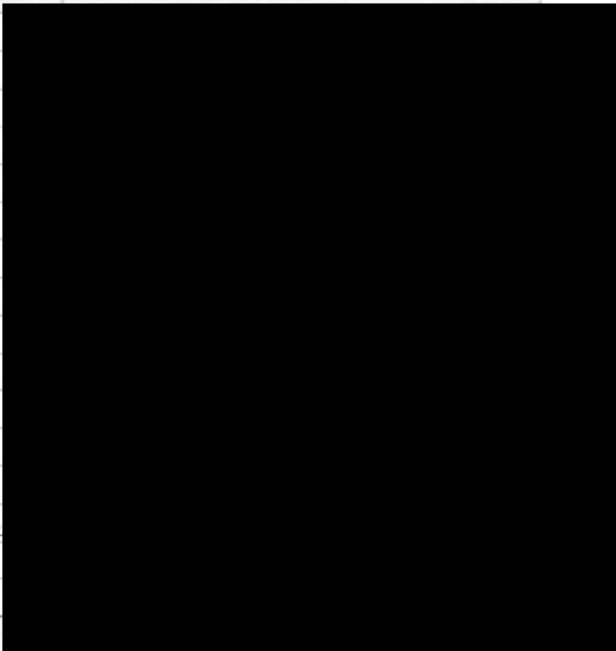


PRLAC N°04.1

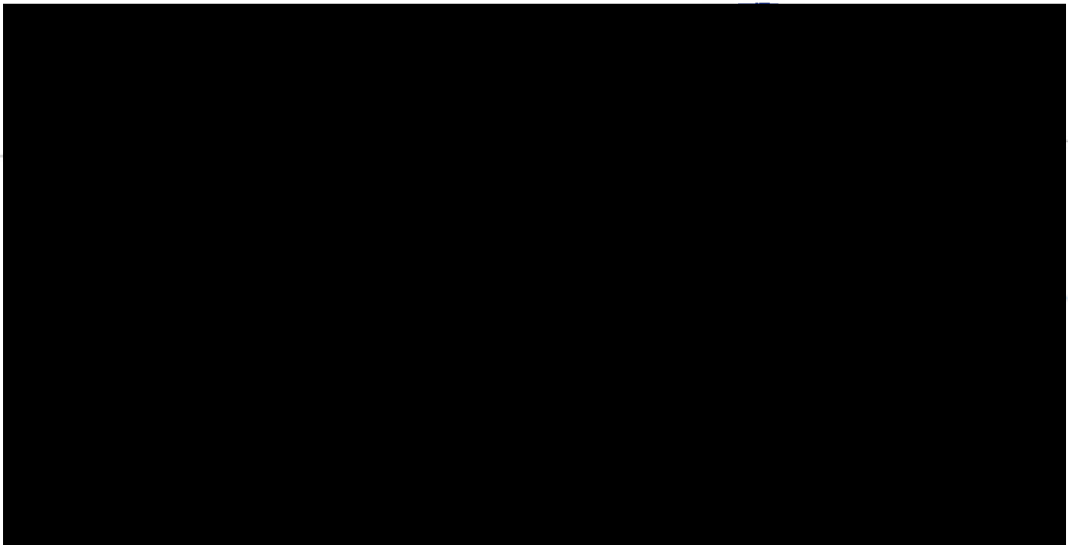
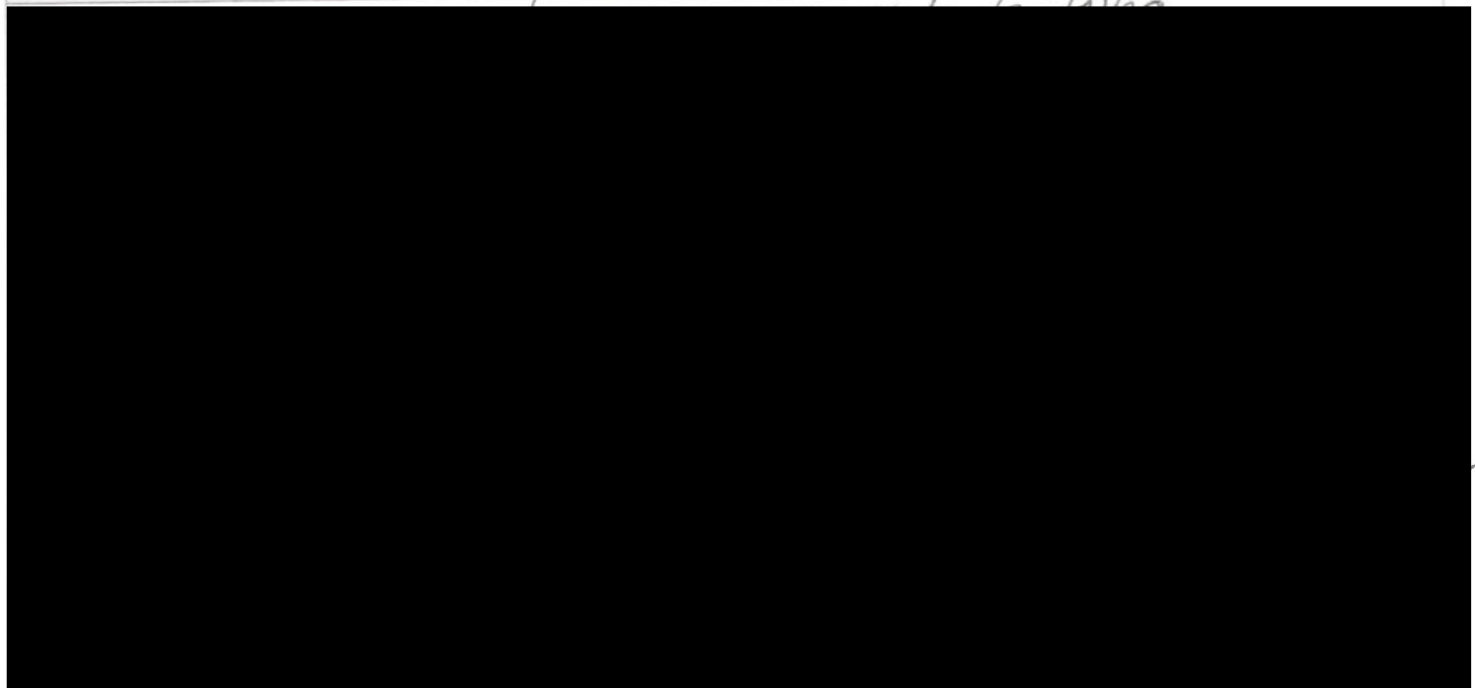
Acta de Reunión

Fecha	27/03/2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Huelmo
Lugar de realización	Camino Delipalle 908 Oficina Vaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Rivera	A.C	
Schenna Curtis	A.C	
Helen Fuentes	A.C	
Cristopher Flores	Asesor Comunitario	
Maria Canedo	A.C	
Alondra Alfaro	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Constanza Soto	A.C	
Raquel Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Kristina Ripstein Z	A.C - Pedagoga	
Alison Mayolo	Psicóloga	
Macarena Hoyano	Kinesiólogo	
Monserrat Abailay Pilcafe	Terapeuta Ocupacional	
Francisco Dorrico Sutilin	Asesor	
Hernani de Casne	Encargado PRLAC	



Desarrollo





PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	01/04/26
Hora	14 ⁰⁰ e 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carino Helipista 908 Cox Koplam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANITA NAVARRETE	Coordinadora SAM	
Patricia Martínez R	A.C - Teda Lga	
Alondra Lefao	A.C	
María José Ocaño	A.C	
Constanza González	A.C	
SOHIA IVA ROTIS	A.C	
Mónica Rivera	A.C	
Hellen Ramírez	A.C	
CONSTANZA SOTO	A.C	

Desarrollo



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	08/04/26
Hora	14 ⁰⁰ e 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carino Melipilla 908 Casa Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANA MARINTE	Coordinadora SA	
Alondra Defeo	AC	
Hellen Cuanto	AC	
Johanna Hurtado	Co.C	
Patricia Hurtado	A.C - Psicóloga	
Raquel José Cordero	A.C.	
Toniela Pérez	Co.C.	
Constanza González	A.C.	
CONSTANZA SOTO	A.C.	

Desarrollo

[Redacted content]



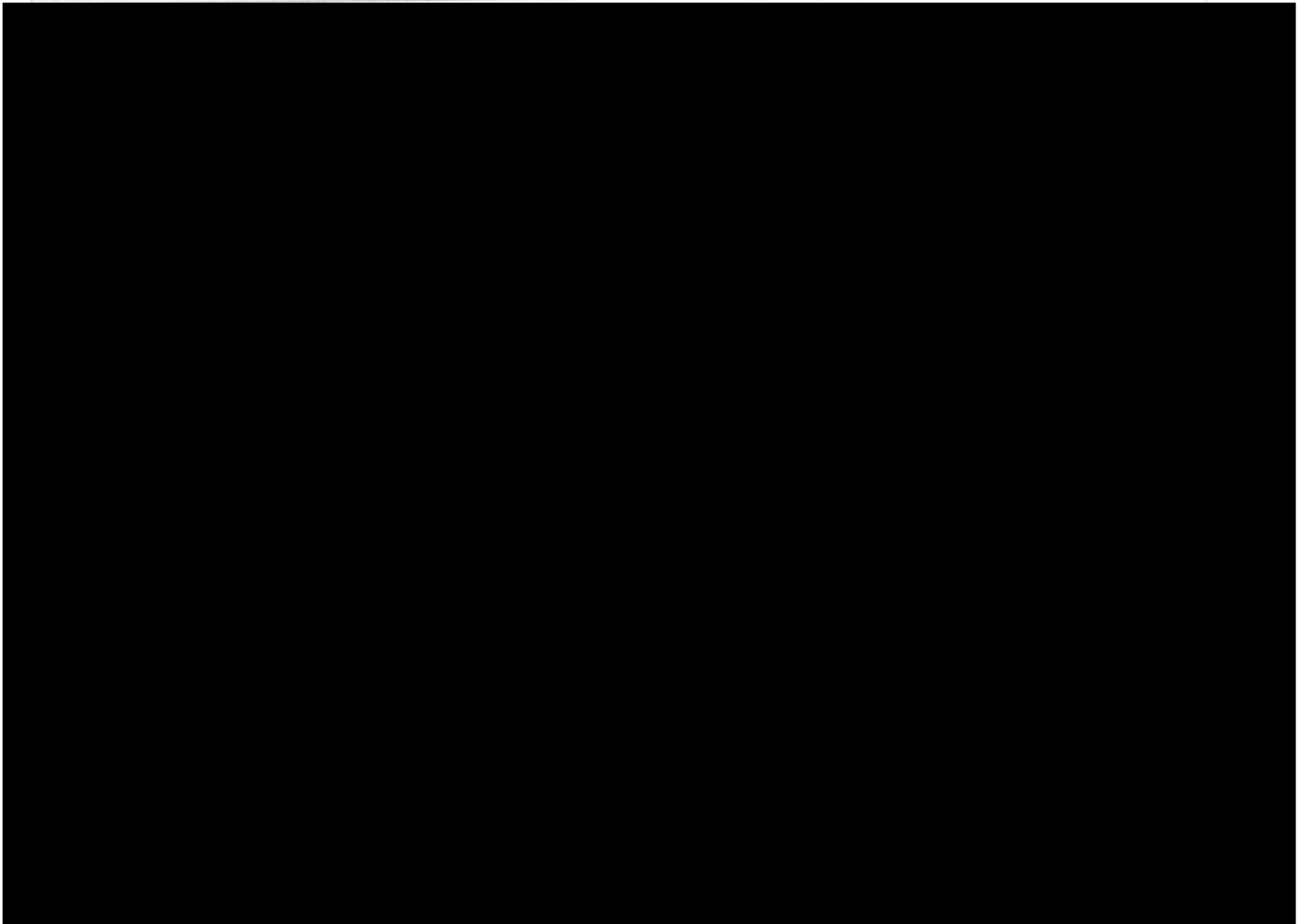
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	10/04/26
Hora	14:00 e 17:00
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Carino Relipilla 908, Oficina Kaplan

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

Desarrollo





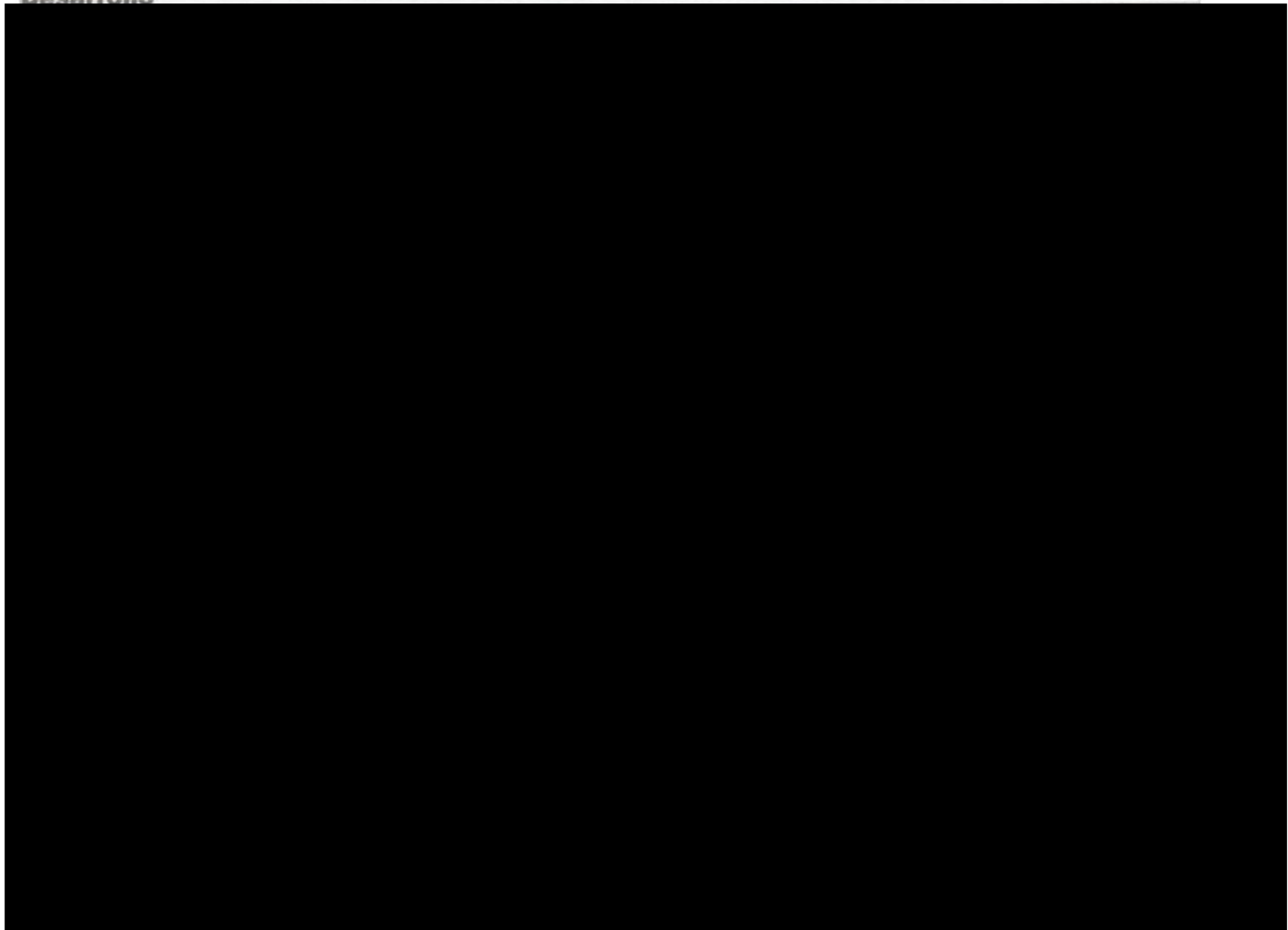
PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	15/04/26
Hora	14 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Camino Relipillo 908, Oficina Kepán.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Ana's Nuñez	Coordinadora SAD	
Constanza González	A.C	
Nelson Mujelo	Psicólogo	
Petruca Martínez P	A.C - Podología	
Helén Prieto	A.C	
Flordina Lefau	A.C	
Amelia Rivera	A.C.	
Macarena Hoyos	Kinesólogo	
Solange Rojas	A.C.	
Montserrat Aballoy Pizarro	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Doroteo Jorjakin	Kinesólogo	
Constanza Soto	A.C	
Clarie José Camacho	A.C	
Marcia Beharovich	coordinadora SSEE	
Christopher Morales	gestor comunitario	
Hernán de Orosne	encargado PRLC	

Desarrollo



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anis Navarrete	Coordinadora S70	
Poncia Aravena	A.C.	
Johanna Mutis	A.C.	
Patricia Montoya R	A.C. - Tecnología	
Alfonso Aguayo	Psicóloga	
Nella Santos	A.C.	
Macarena Mollan	Kinesólogo	
Alondra Bello	A.C.	
Marié José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Monserrat Aballay Pilcant	Terapeuta Ocupación	
Camilo Donato San Martín	Historiador	
Constanza Soto	A.C.	
Marcela Bohemanovic	Coordinadora S5-EE	
Christopher Rencis	gestor comunitario	
Hermano de Quirón	Encargado Red PRLAC	

Desarrollo

[Redacted content]

[Redacted content]

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

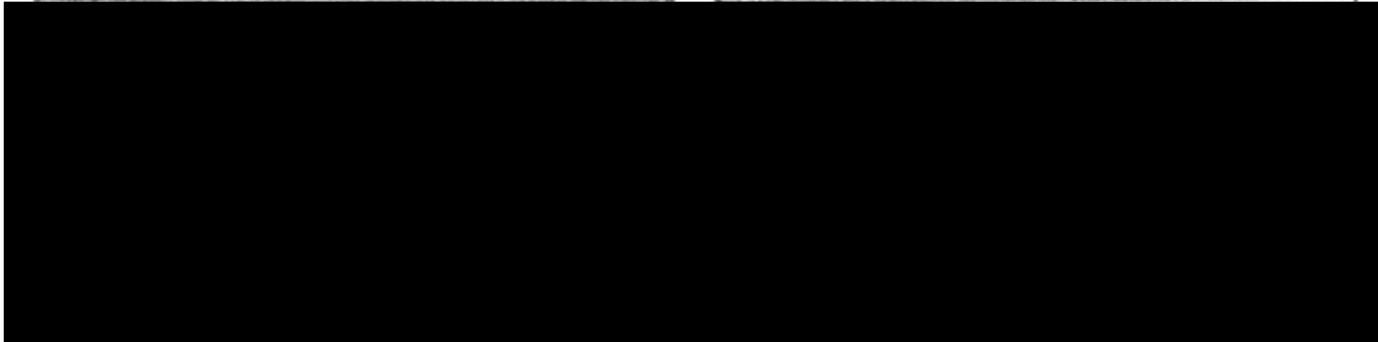
NOMBRE	Bosa Espinoza
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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 [REDACTED]
o de int [REDACTED]
barrial. [REDACTED]
30. Apoyo [REDACTED]
y de sal [REDACTED]

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	14 17
5	15
11	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	14 17
5	15
11	



Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	14
5	15
11	17
Observaciones	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	14
5	15
11	17
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"/>	
SAD Actividades	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

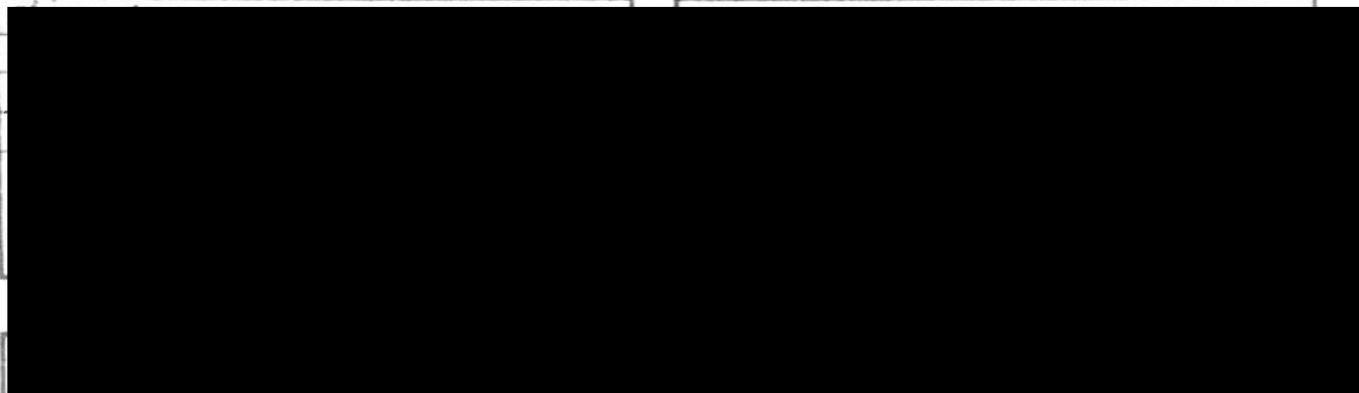
NOMBRE	Dominico Betancal
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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 [REDACTED] o de interés barrial.
30. Apoyo y [REDACTED] y de salud.

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	14 17
5	15
11	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	14 17
5	15
11	



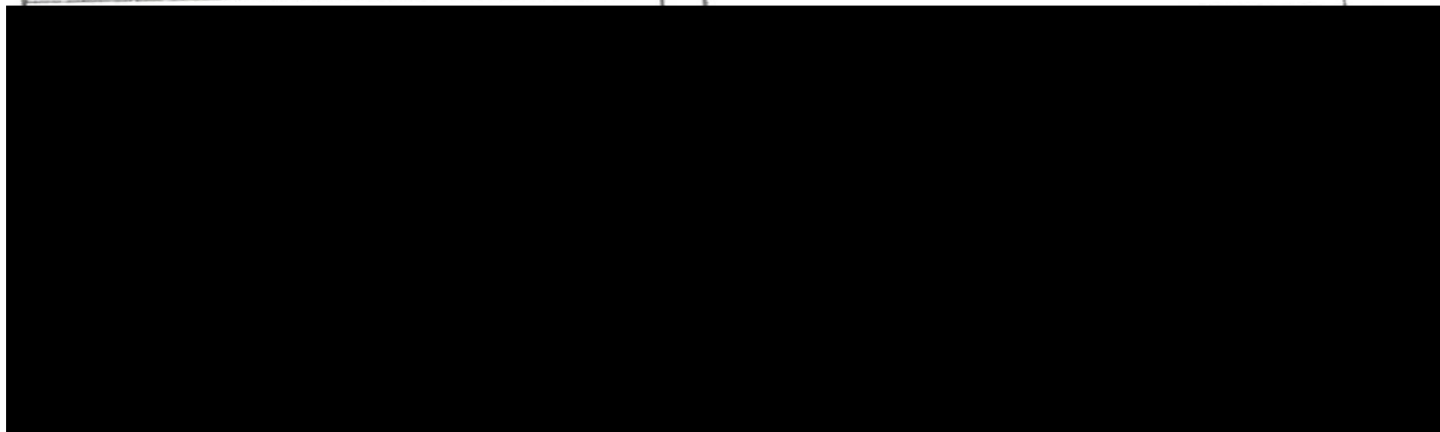
Fecha de sesión: 7/4/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2	14
5	15
11	17
Observaciones	

Fecha de sesión: 14/4/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
ncidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2	14
5	15
11	17
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"/>	
SAD Actividades	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Johanna Lopez
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

Plan de Apoyo OAB

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. [REDACTED]
29. [REDACTED]
- o [REDACTED]
- ba [REDACTED]
30. [REDACTED]
- y [REDACTED]

Horario: 13:15 : 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 23/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 7 13.	
2. 10	
4 11	
Observaciones	

Horario: 13:15 : 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 3/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1 7 13	
2 10	
4 11	
Observaciones	

Horario: 13:15 : 17:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 6/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1 7 13	
2 10	
4 11	
Observaciones	

Horario: 13:15 & 17:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 9/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1 7 13	
2 10	
4 11	
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"/>	
SAD Actividades	

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"/>	
SAD Actividades	

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Ulises Bernalces
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

[REDACTED]

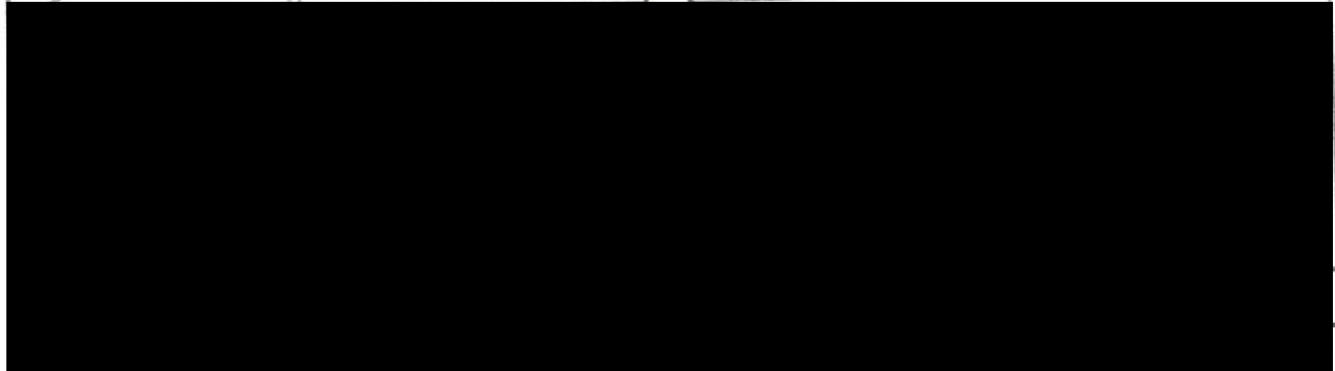
Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 25/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
3	8 14
5	10
7	11

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 1/4/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
3	8 14
5	10
7	11



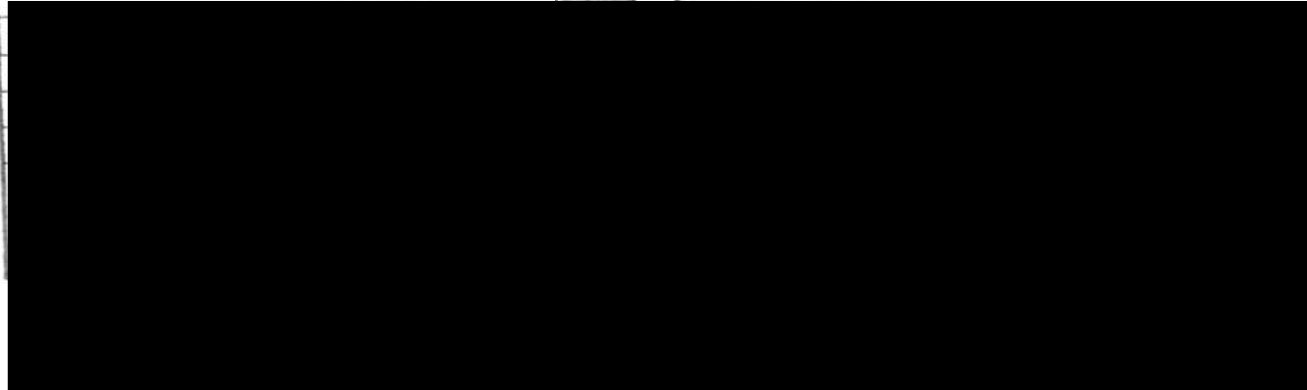
Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 8/4/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
3	8 14
5	10
7	11

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 15/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
3	8 14
5	10
7	11



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"/>	
SAD Actividades	

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"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Yanuel Fuentes
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 mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Orden de la cama y cambio de ropa de cama.

[REDACTED]

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 21/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 8	
2. 10	
7. 14	
Observaciones	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 21/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 8	
2. 10	
7. 14	
Observaciones	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 21/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 8	
2. 10	
7. 14	
Observaciones	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 16/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 8	
2. 10	
7. 14	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	

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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

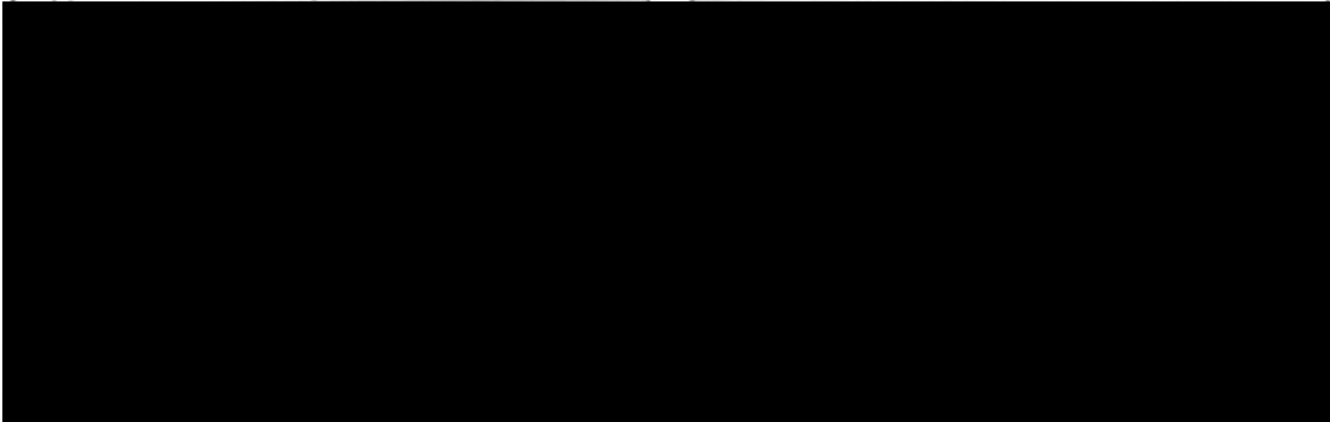
NOMBRE	José Córdoba
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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. [REDACTED]
29. [REDACTED]
o de
barr
30. [REDACTED]
y de

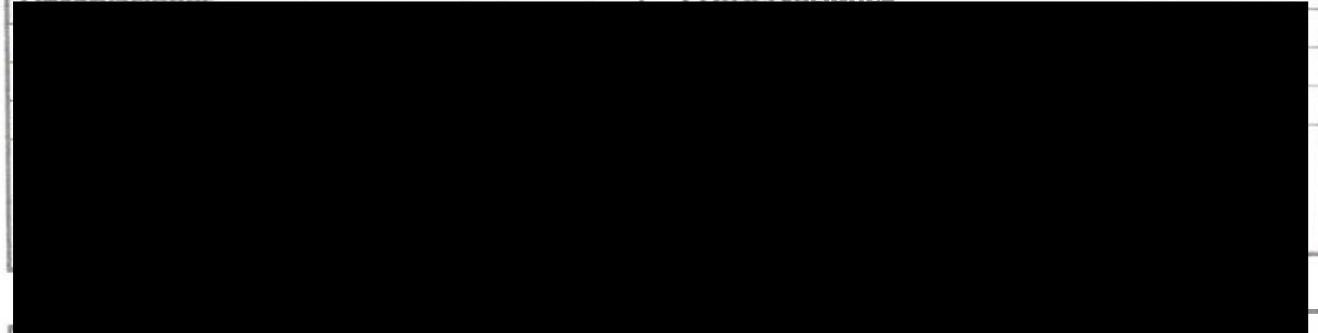
Horario: 17:15 a 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 24/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2	10
7	11
8	15

Horario: 17:15 a 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 31/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	10
7	11
8	15



Fecha de sesión: 7/4/26	Sesión 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"/>	
SAD Actividades	
2	10
7	11
8	15

Fecha de sesión: 14/4/26	Sesión 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"/>	
SAD Actividades	
7	10
2	11
8	15



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"/>	
SAD Actividades	

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"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

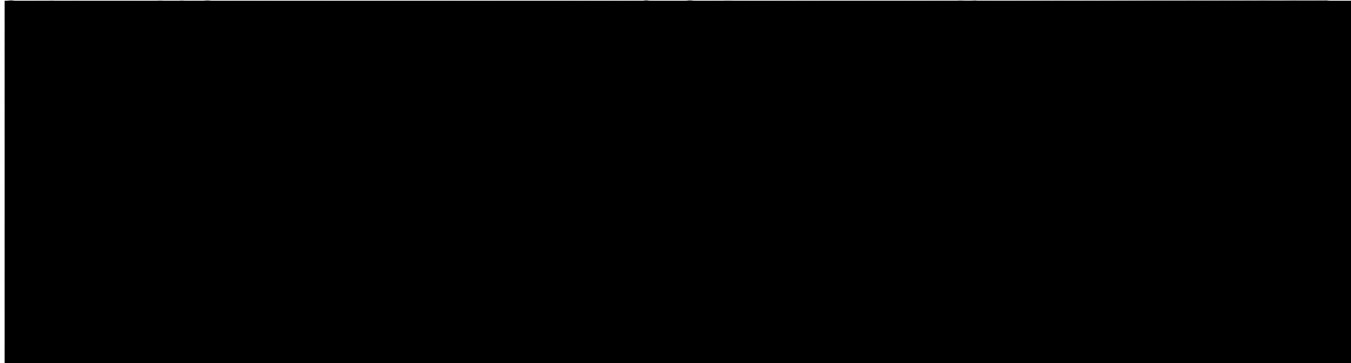
NOMBRE	Gallardo Astorga
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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 cama y cambio de ropa de cama.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades culturales, religiosas o de interés comunitario y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades recreativas y de salud.

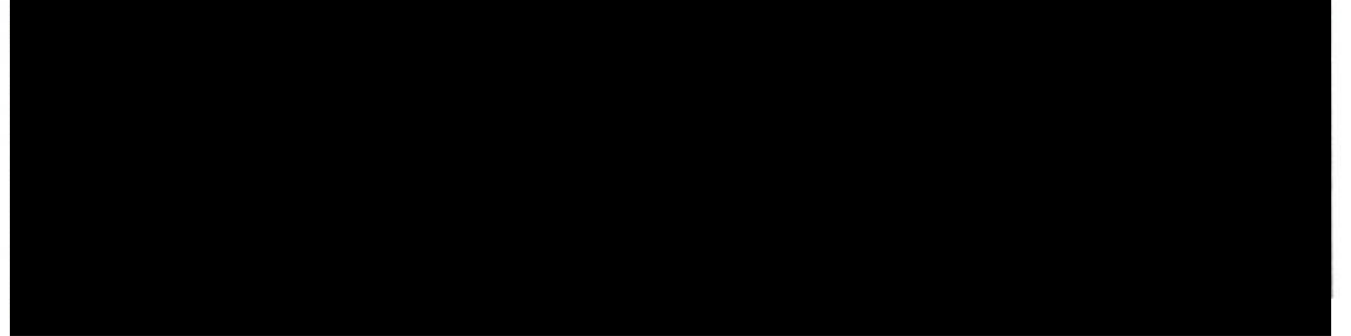
Horario: 9:00 a 12:15	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 3/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1. 7.	
2. 10	
5. 11.	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 3/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 7	
2. 10	
5. 11	



Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 6/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 7	
2. 10	
5. 11	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 13/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
1. 7	
2. 10	
5. 11	



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"/>	
SAD Actividades	

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"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

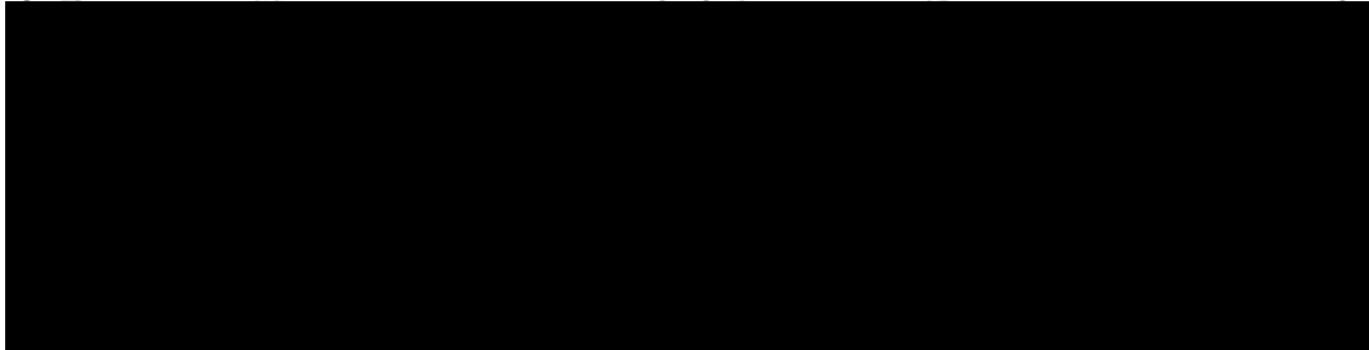
NOMBRE	Eloisa Perez
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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
29. Apoyo o de interbarrial.
30. Apoyo y de salud

Horario: 9:00 a 12:43	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/3/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	8 15
3	10
4	10

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 3/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	8 15
3	10
4	



Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/4/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2	8
3	10

Horario: 9:00 a 12:43	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/4/26	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2	8 15
3	10



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"/>	
SAD Actividades	

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"/>	
SAD Actividades	

