



## Informe de pago mensual

**Funcionario: Johanna Andrea Mutis Trujillo.**

**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.
- 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.



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



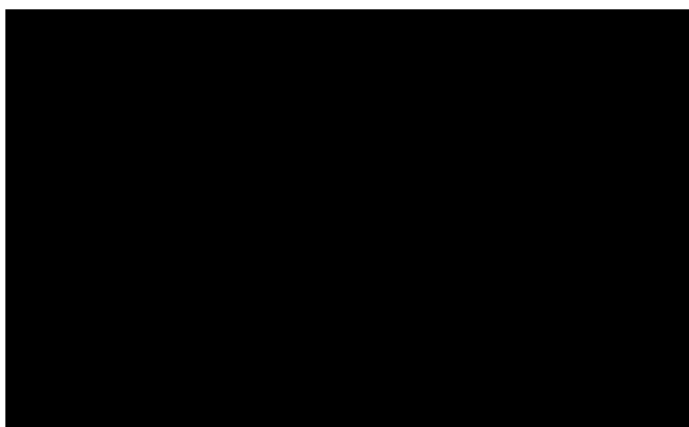
PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

Calendario de marzo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>23</b> Martín Cuevas 9:00 a 12:45  Jorge Fuentes 13:15 a 17:00	<b>24</b> Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45  Fresia Tobar 13:15 a 17:00	<b>25</b> Carlos Soto 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>26</b> Juan Leon 9:00 a 12:45  Zelma Ojeda 13:15 a 17:00	<b>27</b> Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>30</b> Martín Cuevas 9:00 a 12:45  Jorge Fuentes 13:45 a 17:00	<b>31</b> Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45  Fresia Tobar 13:45 a 17:00			

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		<b>1</b> Carlos Soto 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>3</b> Juan Leon 9:00 a 12:45  Zelma Ojeda 13:15 a 17:00	<b>4</b> FERIADO
<b>6</b> Martín Cuevas 9:00 a 12:45  Jorge Fuentes 13:15 a 17:00	<b>7</b> Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45  Fresia Tobar 13:15 a 17:00	<b>8</b> Carlos Soto 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>9</b> Juan Leon 9:00 a 12:45  Zelma Ojeda 13:15 a 17:00	<b>10</b> Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>13</b> Martín Cuevas 9:00 a 12:30  Jorge Fuentes 13:15 a 17:00	<b>14</b> Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45  Fresia Tobar 13:15 a 17:00	<b>15</b> Carlos Soto 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>16</b> Juan Leon 9:00 a 12:45  Zelma Ojeda 13:15 a 17:00	<b>17</b> Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00





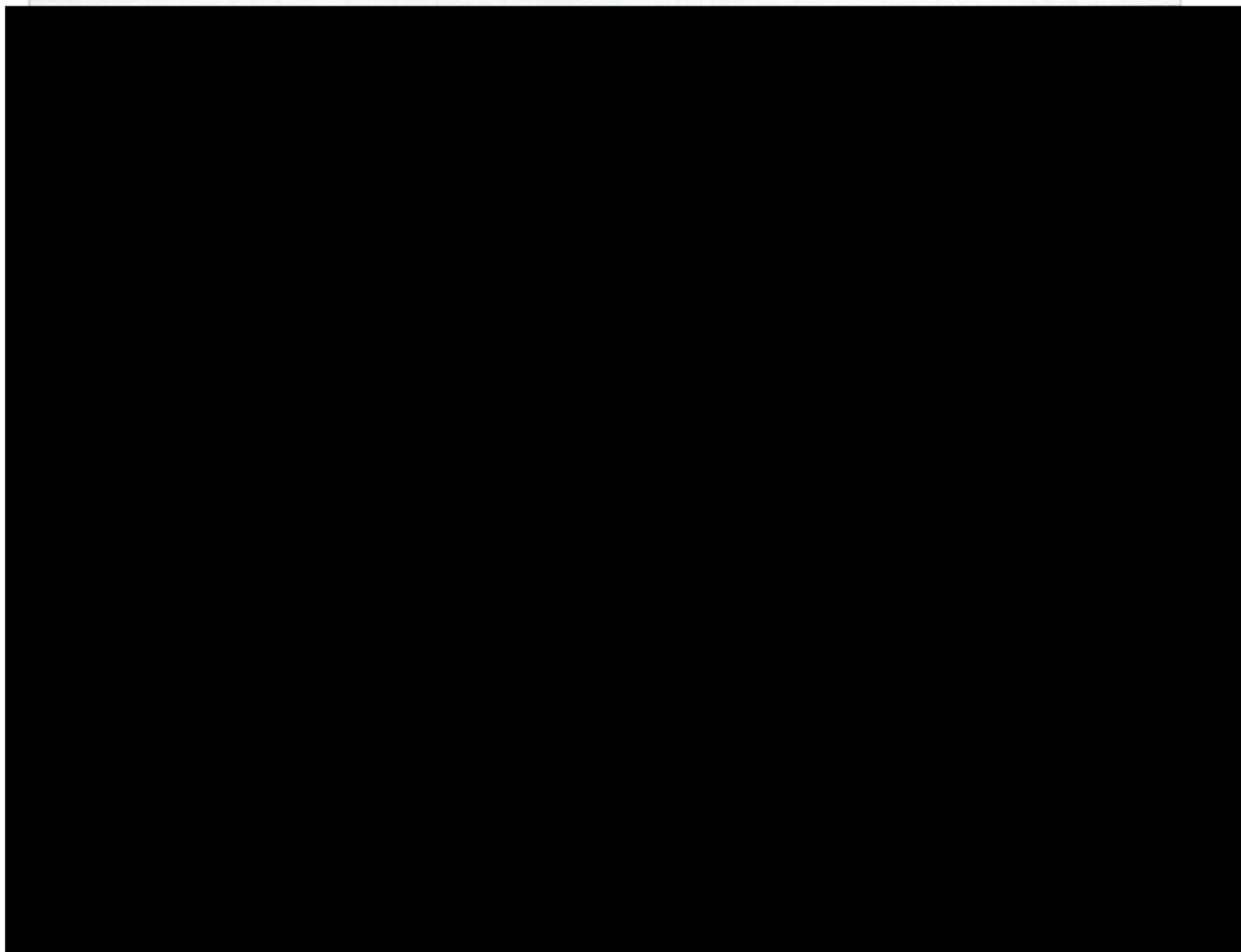
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	25/03/2026.
Hora	14 <sup>00</sup> a 17 <sup>00</sup>
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Maplam Carino Melipilla 908.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Valente	coordinadora SVD	
Hellen Pantoja	A.C	
John Milton Rojas	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Tonila Vivera	A.C	
Alondra Rojas	A.C	
Rene Jose Cavallero	A.C	
Patricia Martinez R	A.C - Pedagoga	
Constanza Soto	A.C	

### Desarrollo





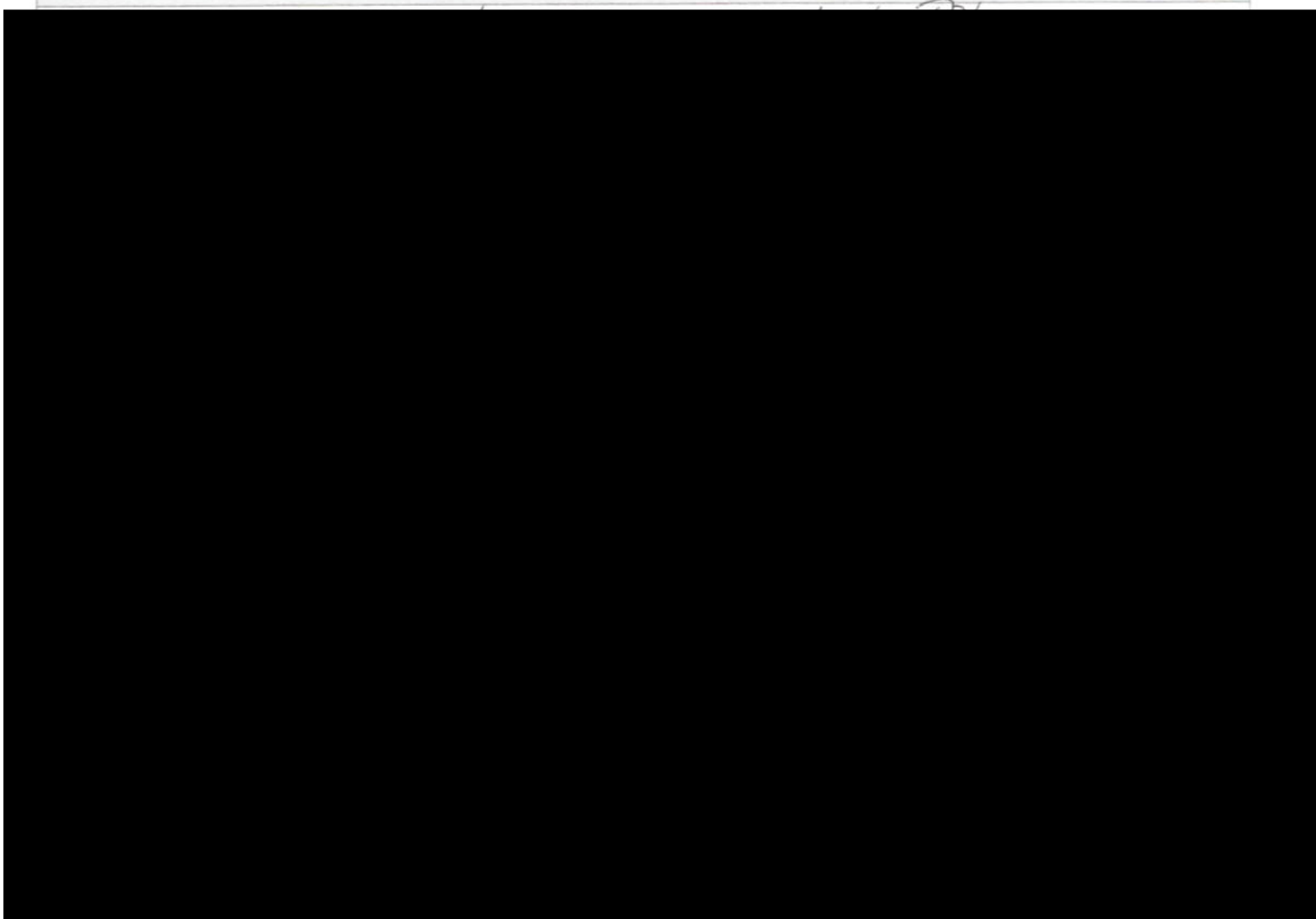
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	27/03/2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Comuna Delipilla PDS Oficina Voplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Rivera	AC	
Schenna Curtis	AC	
Hellen Fuentes	AC	
Cristopher Rondes	gestor comunitario	
Maria Canedo	AC	
Alondra Alfaro	AC	
Constanza Gonzalez	AC	
Constanza Soto	AC	
Raquel Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Katerine Infante	AC - Psicóloga	
Alisar Arquezo	Psicóloga	
Macarena Hoyano	Kinesióloga	
Mariela Aballay Pilarte	Terapeuta Ocupacional	
Barbara Donato Juvartin	Psicóloga	
Hernán de Caceres	Encargado PRLAC	

### Desarrollo





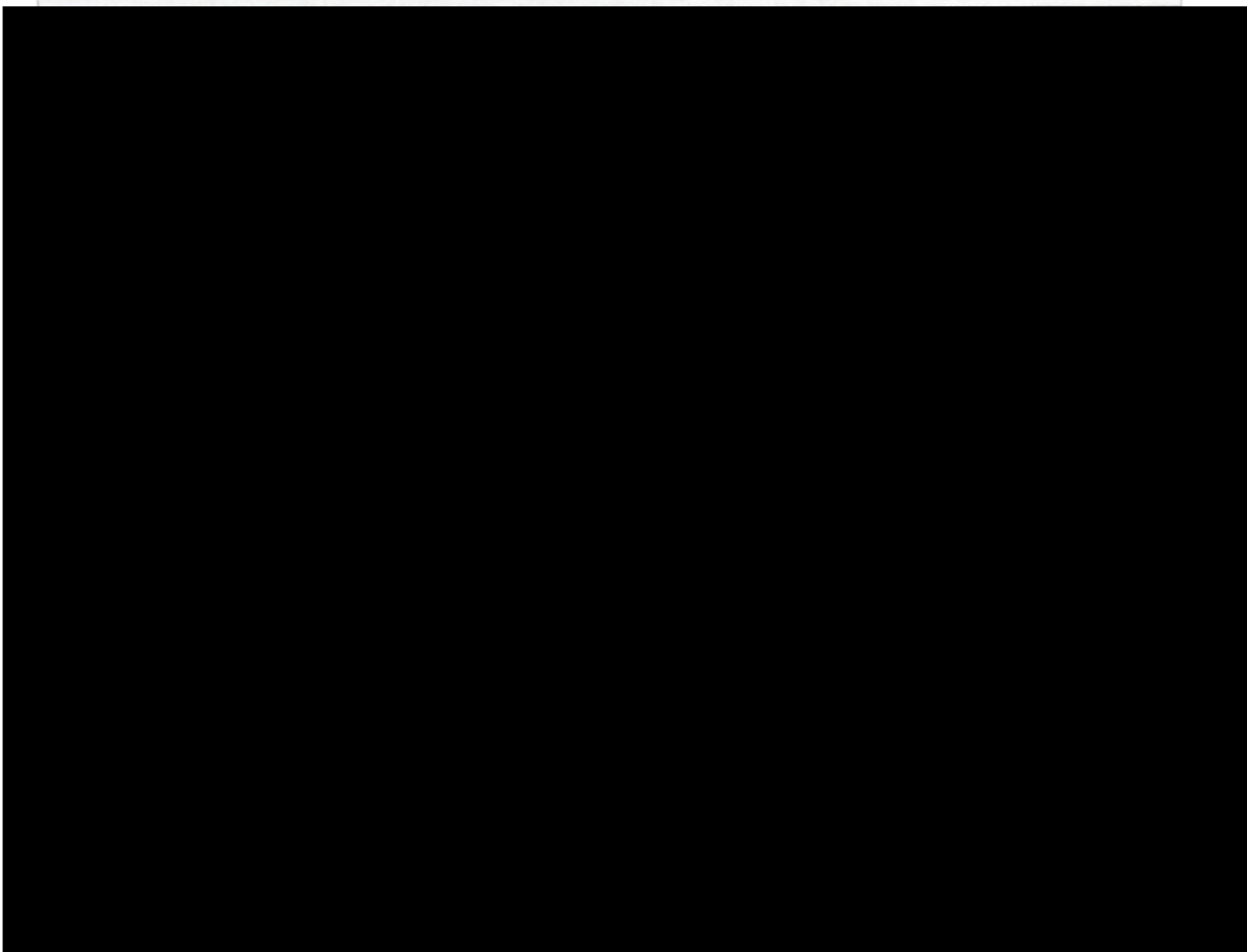
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	01/04/26
Hora	14 <sup>00</sup> e 17 <sup>00</sup>
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Corono Melipilla 908 Cora Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANITA NAVARRETE	Coordinadora SAM	
Teresa Martínez R	A.C - Tada Lga	
Alondra Aefao	A.C	
Karol fse Ocaño	A.C	
Consuelo González	A.C	
SOFIA NIVA KOTIS	A.C	
Mónica Rivera	A.C	
Hellen Ramírez	A.C	
CONSTANZA SOTO	A.C	

### Desarrollo





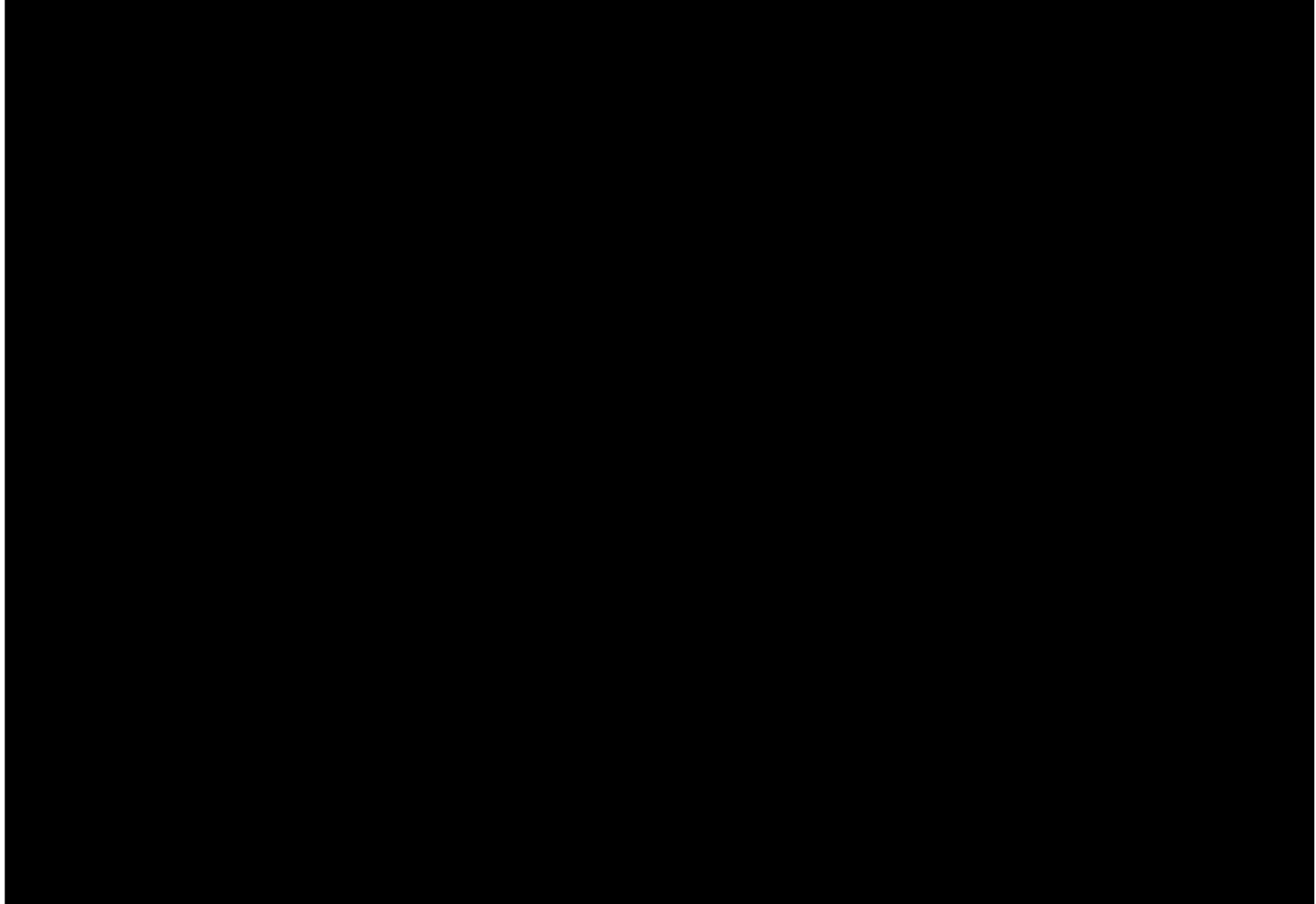
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANIS NAVARRETE	Coordinadora SD	
Alondra Lefeo	A.C.	
Hellen Cuente	A.C.	
JOHANNA HURTADO	O.C.	
Patricia Hurtado R.	A.C. - Psicóloga	
Carina Jope Colmenares	A.C.	
Toniela Pizarro	O.C.	
Constanza Gonzalez	A.C.	
CONSTANZA SOTO	A.C.	

### Desarrollo





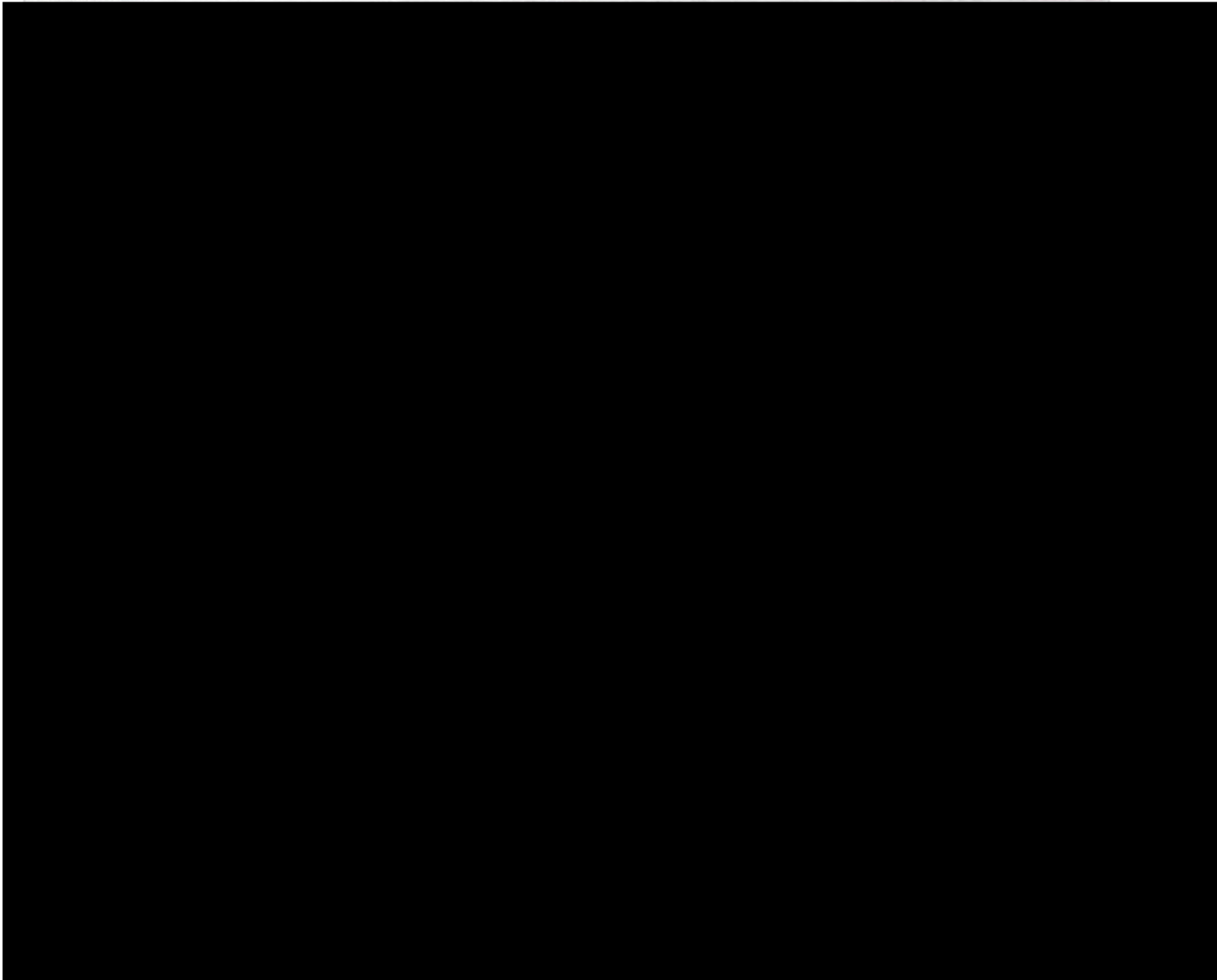
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	10/04/26
Hora	14 <sup>00</sup> e 17 <sup>00</sup>
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Carino Relipilla 908, Oficina Koplam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAI	
Flavia José Cavero	A.C.	
Patricia Martínez R.	A.C. - Psicóloga	
Hellen Fuente	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Maureen Rivera	A.C.	
Johnyana Huata	A.C.	
Alondra Hefao	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

### Desarrollo



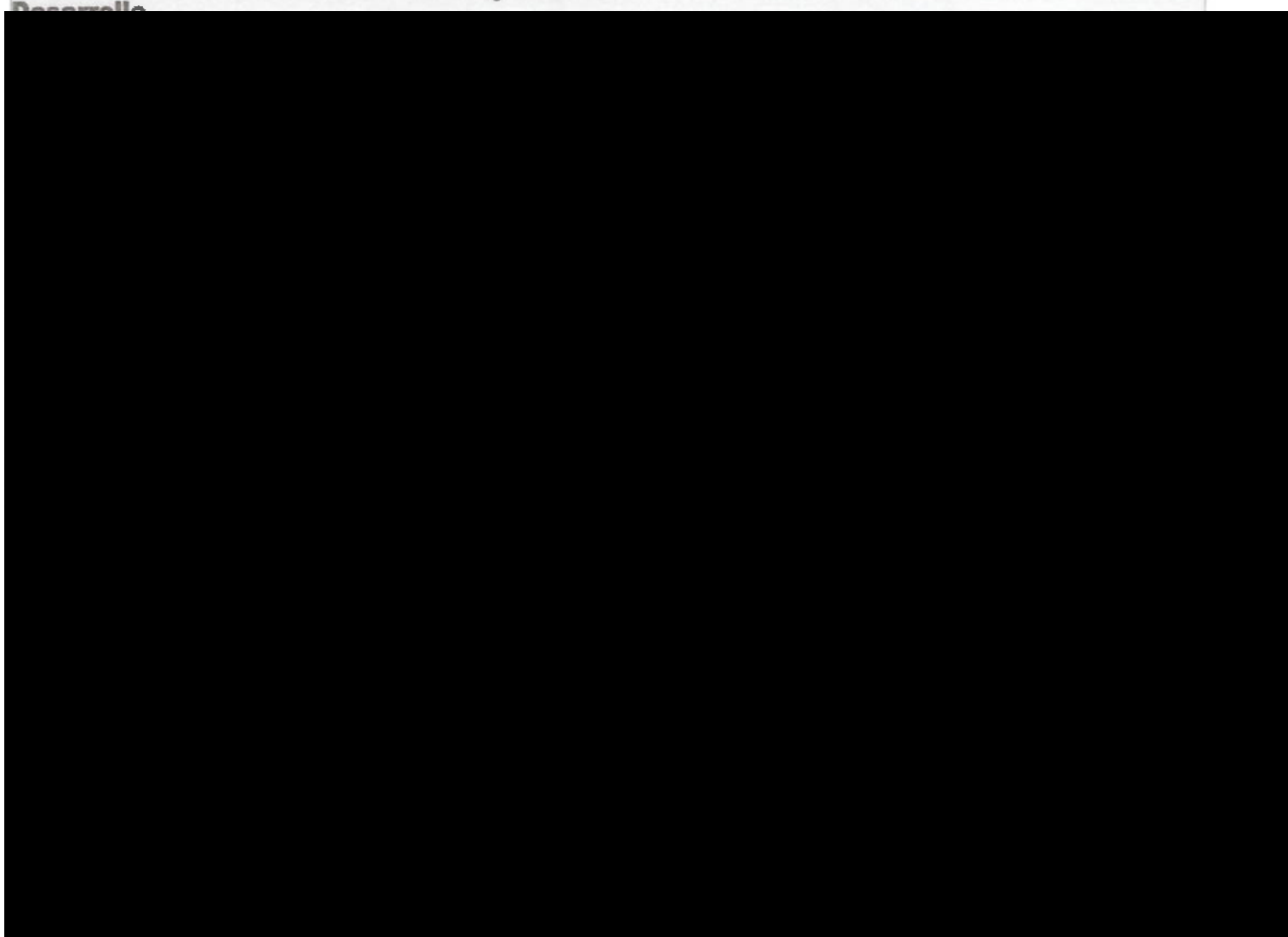


# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

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
Ana's Nuñez	Coordinadora SAI	
Constanza González	A.C	
Nelson Marcelo	Psicólogo	
Patricia Martínez	A.C - Pedagogía	
Hellen Prieto	A.C	
Alondra Lefau	A.C	
Mónica Rivera	A.C.	
Macarena Moyano	Kinesólogo	
Sofía Palma	A.C.	
Monserrat Abalayo Alcántara	Terapeuta Ocupación	
Camilo Donatelo Javalera	Kinesólogo	
Constanza Soto	A.C	
Clarice José Camacho	A.C	
Marcia Beharovich	coordinadora SSEE	
Christopher Morales	gestor comunitario	
Herman Le Cuesne	encargado PRLC	





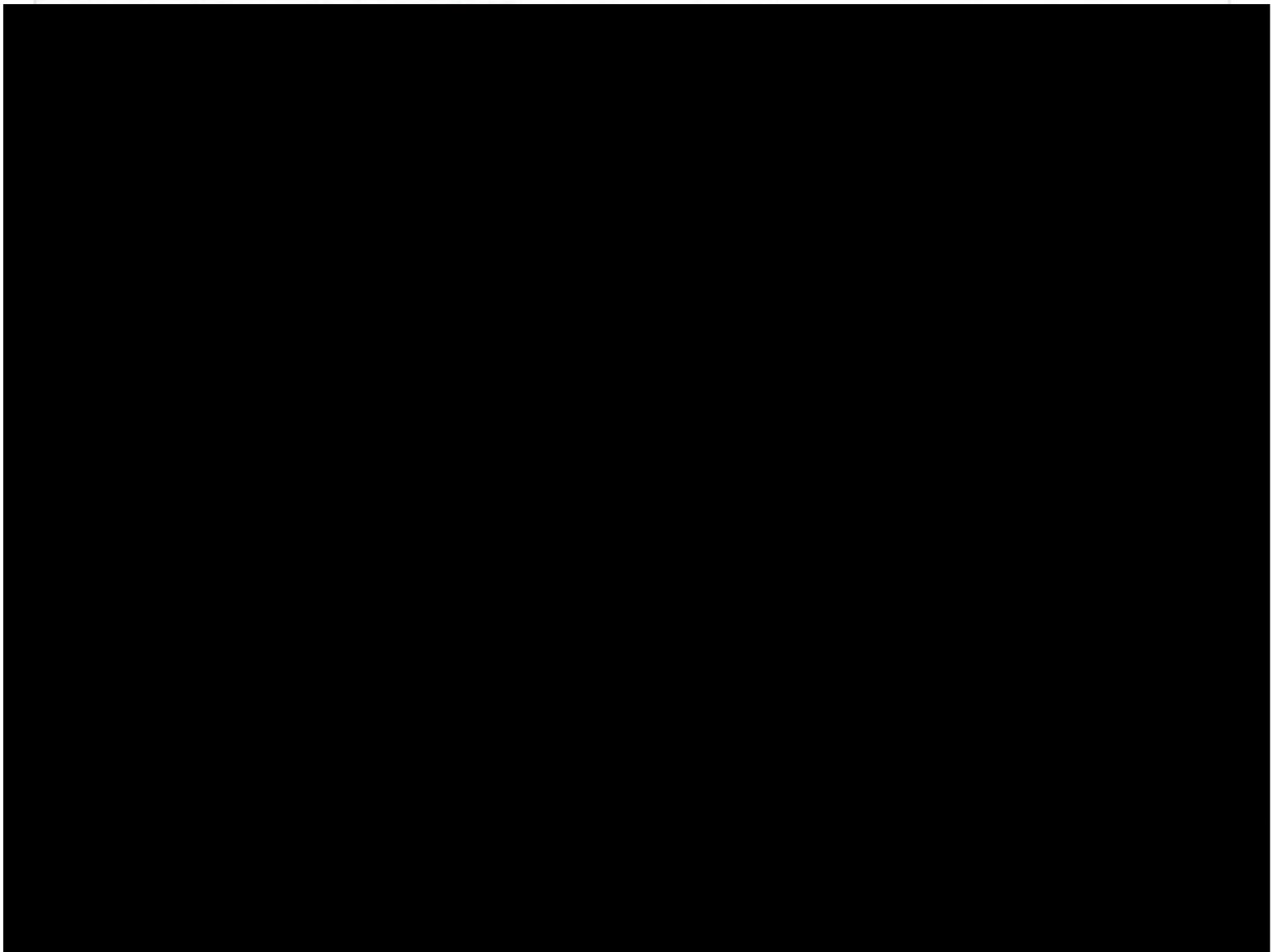
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria Navarrete	Coordinadora SMO	
Poncia Rivera	A.C.	
Johny Matus	A.C.	
Patricia Martínez R	A.C. - Terapeuta	
Alfonso Aguayo	Psicólogo	
Nellín Santos	A.C.	
Marlene Molano	Kinesólogo	
Alondra Infante	A.C.	
Marié José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Monserrat Aballoy Pilcante	Terapeuta Ocupación	
Camilo Donato San Martín	Historiador	
Constanza Soto	A.C.	
Marcela Bohemius	Coordinadora SS.EE	
Christopher Parols	gestor comunitario	
Hermano Le Quienne	Encargado Red PRLAC	

### Desarrollo



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

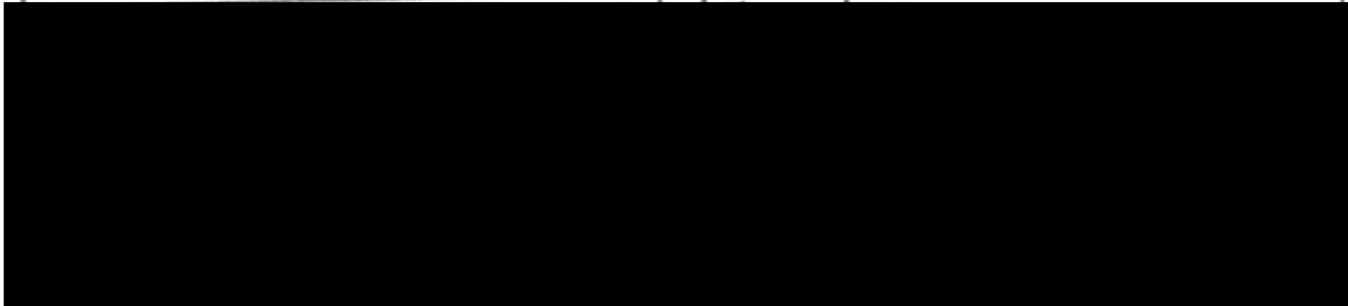
NOMBRE	
RUT	
ID	

### 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. [Redacted]
30. [Redacted]
- y [Redacted]

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 28/3/2006	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12	
14, 15, 18, 27, 28,	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 1/3/2006	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 4, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 14	
15, 18, 27, 28,	



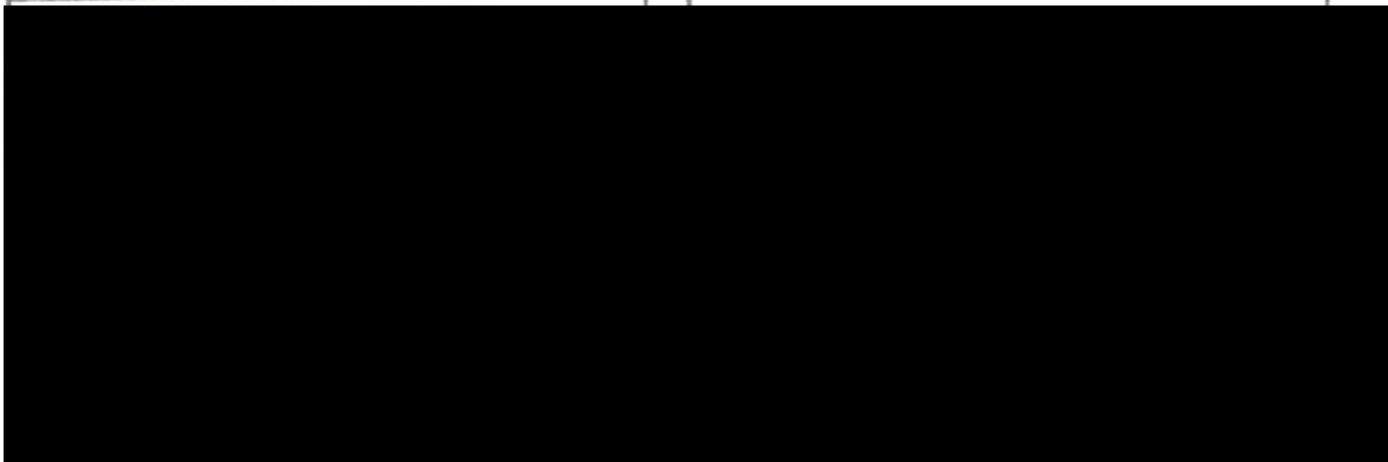
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 08/4/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14,	
17, 19, 27, 28,	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 15/4/2006	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12,	
14, 17, 19, 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

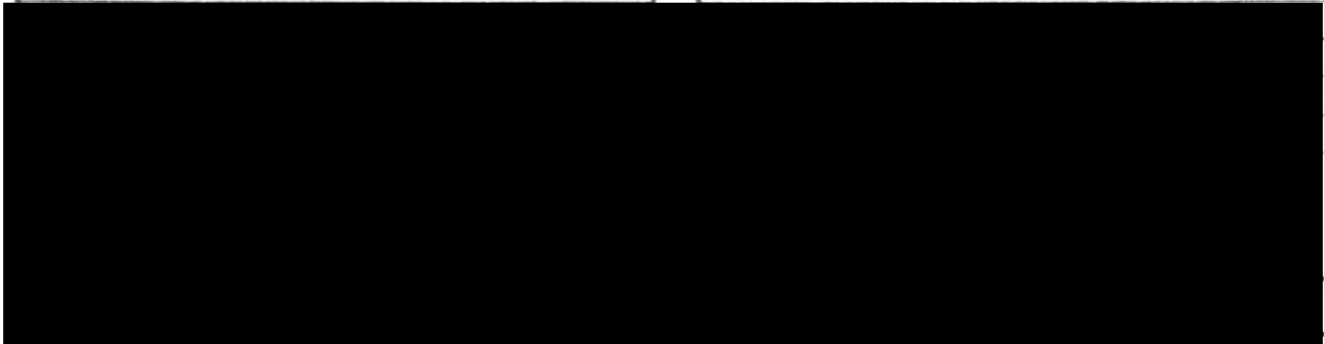
NOMBRE	
RUT	
ID	

### 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.
28. Orden de la cama y entorno.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la persona y del barrio.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 24/3/206	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 16, 21	
25, 26, 27, 28, 29, 30	

Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 27/3/206	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 16, 21, 25	
26, 27, 28, 29, 30	



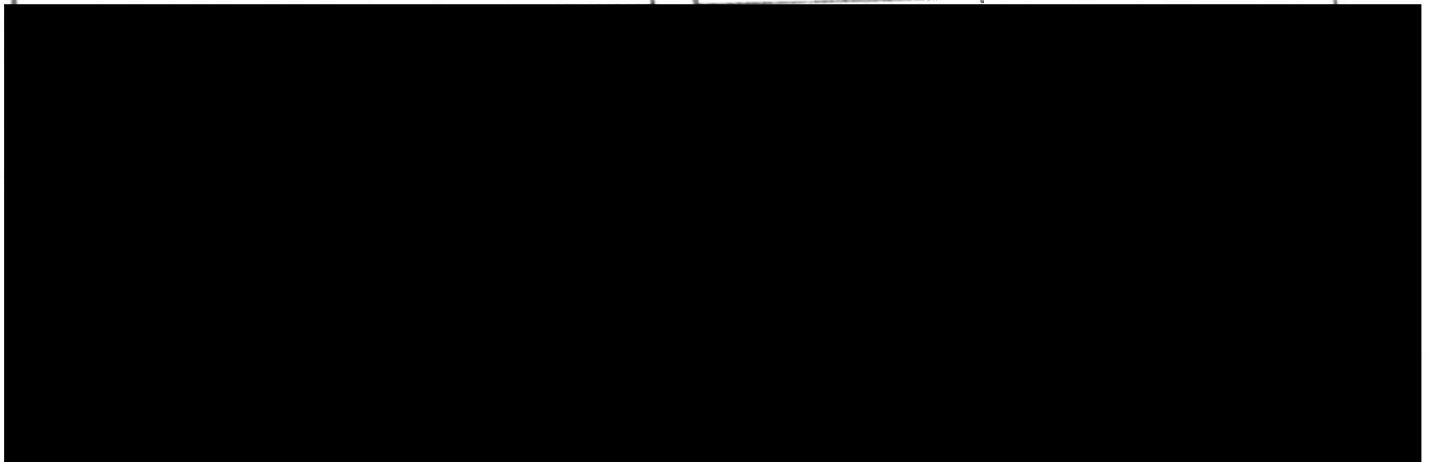
Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 31/3/206	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 16, 21	
25, 26, 27, 28, 29, 30	

Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 7/4/206	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 16, 21, 25	
26, 27, 28, 29, 30	



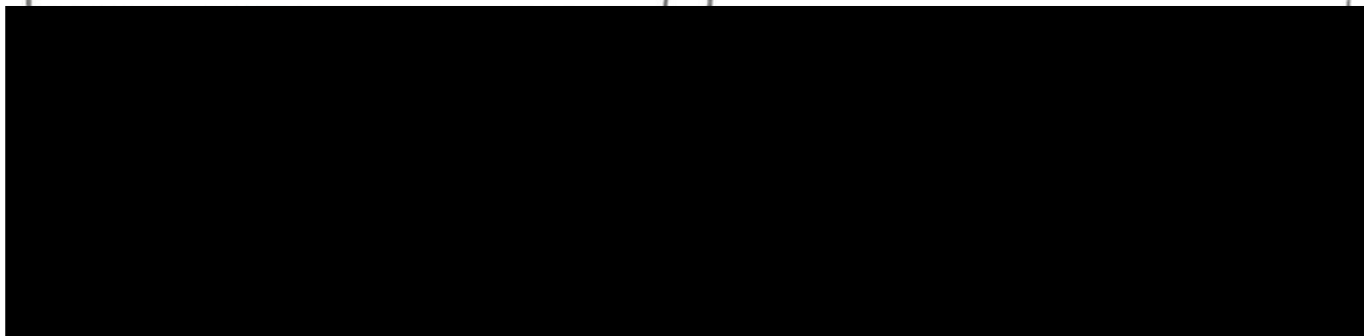
Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 10/4/206	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 16, 21, 25, 26	
27, 28, 29, 30	

Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión 6
Fecha de sesión: 14/4/206	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 16, 21, 25, 26	
27, 28, 29, 30	



Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión: 7
Fecha de sesión: 14/4/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 14, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30	

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>	

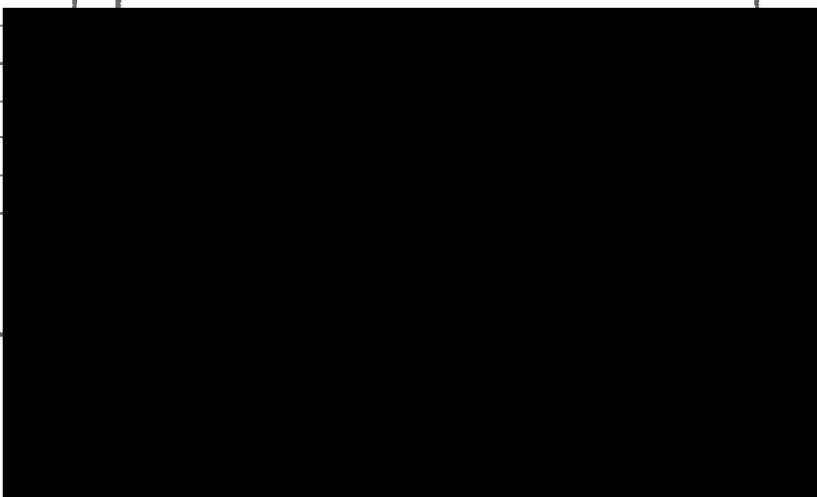


Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional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



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

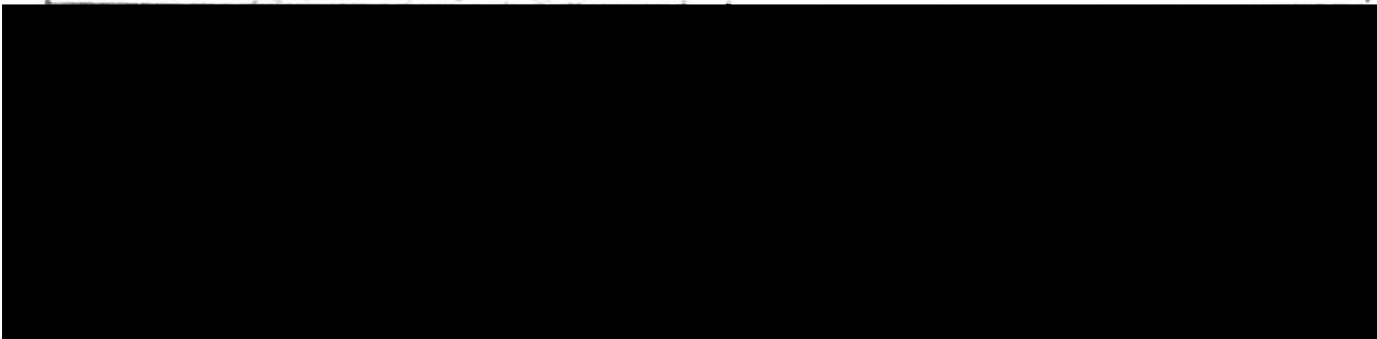
NOMBRE	
RUT	
ID	

### 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
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de ocio o de interés de la persona en situación de dependencia.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/3/2006	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 6, 11, 13, 15,	
17, 22, 27, 28	

Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 31/3/2006	
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 type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 6, 11, 13, 15, 17, 22,	
27, 28	



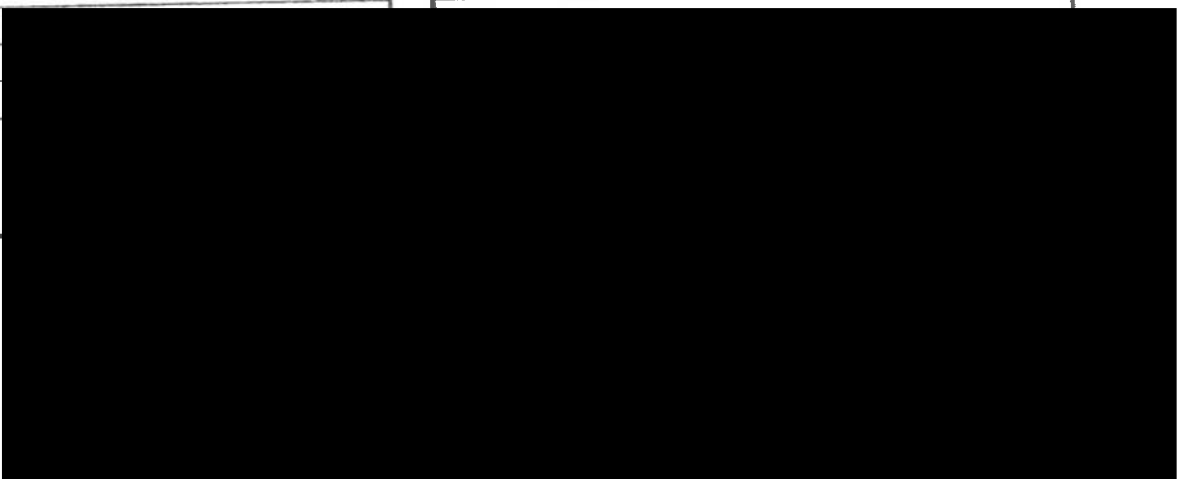
Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 7/4/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 6, 11, 13, 14, 17, 22,	
27, 28,	

Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 14/4/2006	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 6, 11, 13, 14, 17, 22,	
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>	
<b>Observaciones</b>	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	
RUT	
ID	

### 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
29. Apoyo o acompañamiento en actividades o de interés de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 23/3/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 4, 6, 10, 11, 14, 21, 25, 27, 28	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 30/3/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 4, 6, 10, 11, 14, 21, 25, 27, 28	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 06/4/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 4, 6, 10, 11, 14, 21, 25, 27, 28	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 13/4/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 4, 6, 10, 11, 14, 21, 25, 27, 28	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	

<b>Observaciones</b>
<b>Firma Profesional</b>

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

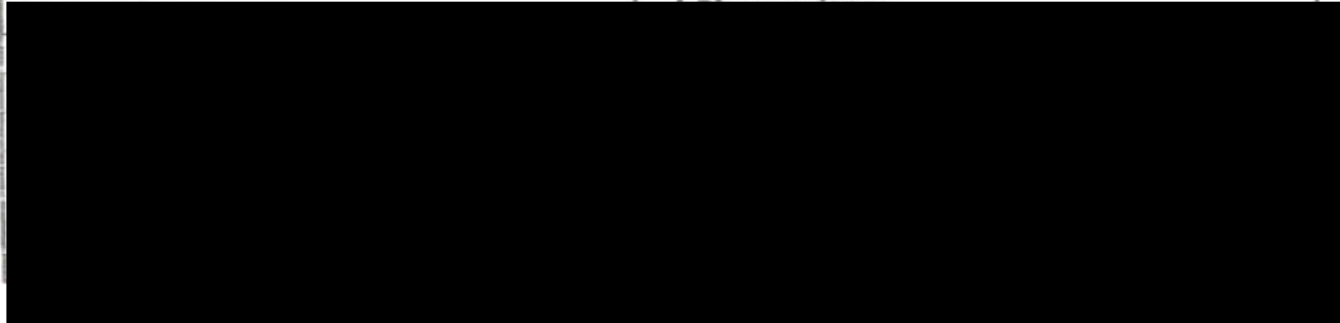
NOMBRE	
RUT	
ID	

### 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
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 26/3/26	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 10, 11, 14, 15	
17, 26, 27,	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 03/4/206	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 10, 11, 14, 15	
17, 26, 27	



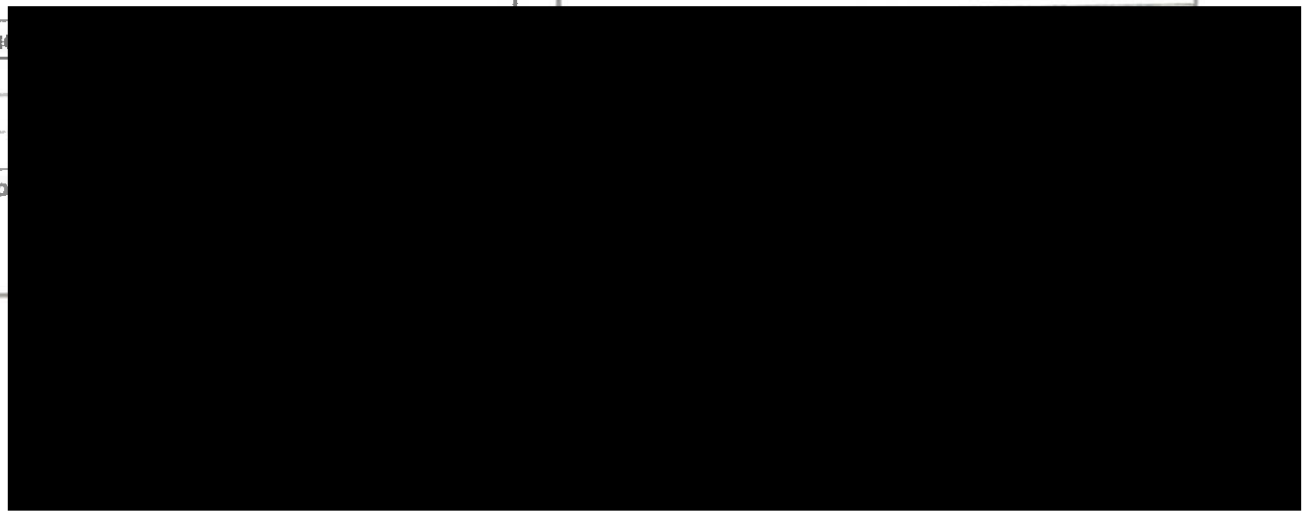
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 09/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 10, 11, 14, 15, 17	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 16/4/206	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 10, 11, 14, 15, 17	
<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 Pro	

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

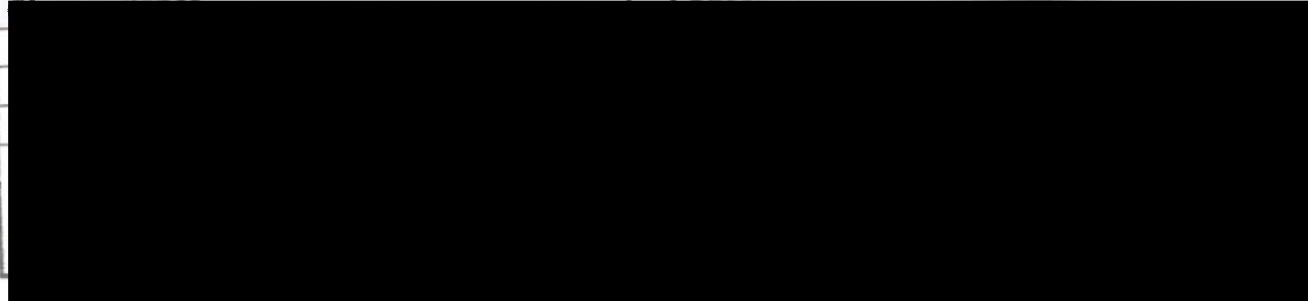
NOMBRE	
RUT	
ID	

### 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 de interés de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

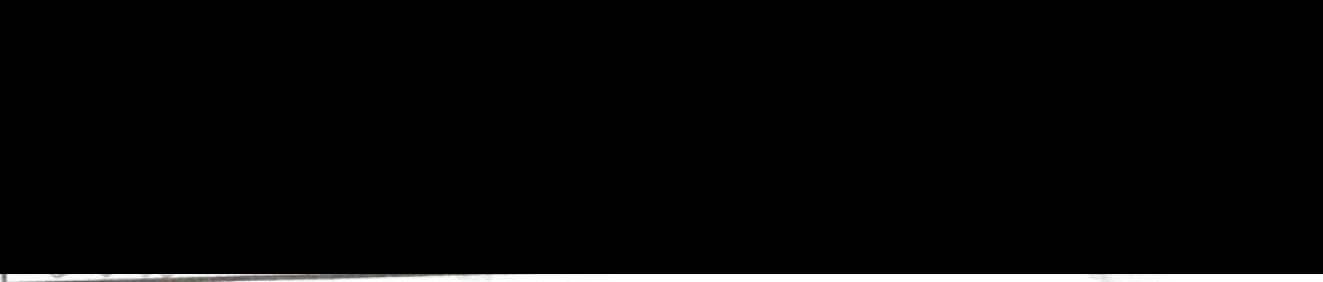
Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 26/4/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 13, 17, 19, 27, 28,	

Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 03/4/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 13, 17, 19, 27, 28,	
<b>Observaciones</b>	



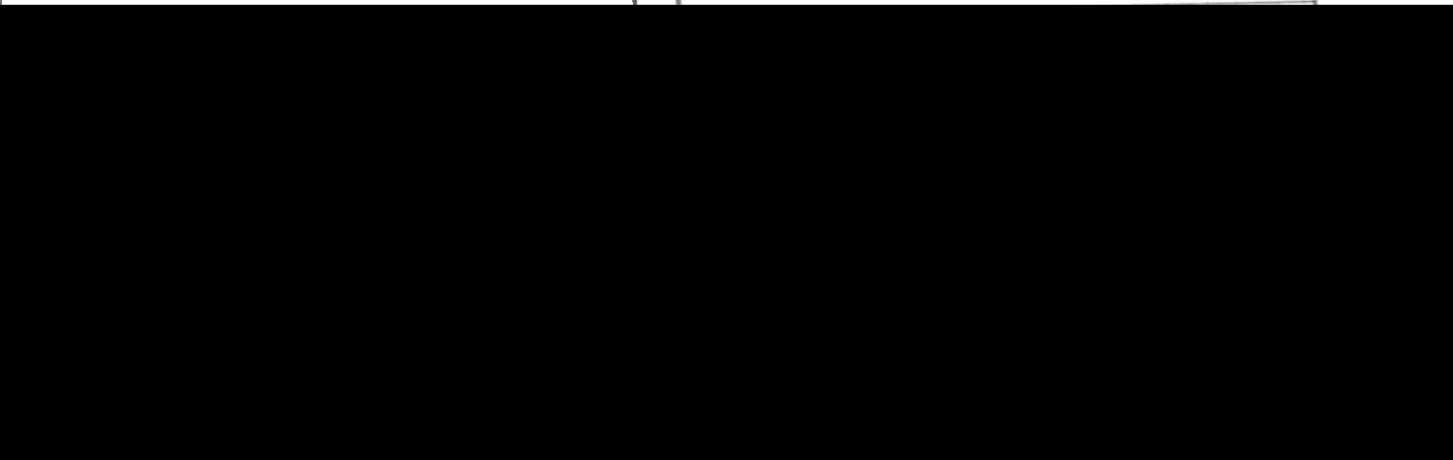
Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 09/4/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 13, 17, 19, 27, 28,	

Horario: 13:15 - 14:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 16/4/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 13, 17, 19, 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>	

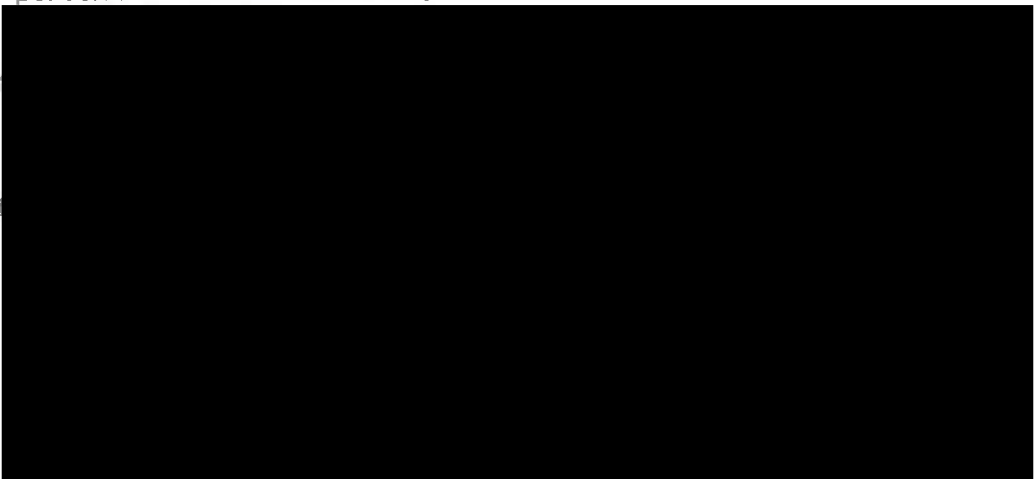
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE		
RUT		
ID		

### 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
  29. Apoyo o acompañamiento de interés de la barrial.
  30. Apoyo y acompañamiento y de salud.
- 

Horario: 13:15-17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 27/3/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 14, 17, 21, 28, 29	

Horario: 13:15-17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 30/3/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 14, 17, 21, 28, 29	

Horario: 13:15-17:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 6/4/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 14, 17, 21, 28, 29	

Horario: 13:15-17:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 13/4/2016	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 5, 6, 11, 14, 17, 21, 28, 29	

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 Pr	

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>	