



Informe de pago mensual

Funcionario: Constanza Soto Ramírez



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.



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
Y Cuidados**

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.

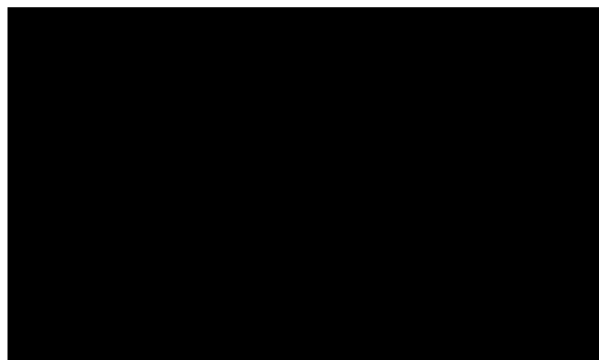


Calendario de marzo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	24 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00	25 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	26 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	27 Luis Pizarro 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
30 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	31 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00			

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	2 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	3 FERIADO
6 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	7 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00	8 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	9 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	10 Luis Pizarro 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
13 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	14 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00	15 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	16 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	17 Luis Pizarro 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
Anaís Nuñez	coordinadora SAI	
Nellen Fuentes	A.C	
John Nivaldo	A.C	
Constanza González	A.C	
Yonila Vivera	A.C	
Alondra Lefra	A.C	
Rene José Cavero	A.C	
Patricia Montoya R	A.C - Pedagogía	
Constanza Soto	A.C	

Desarrollo





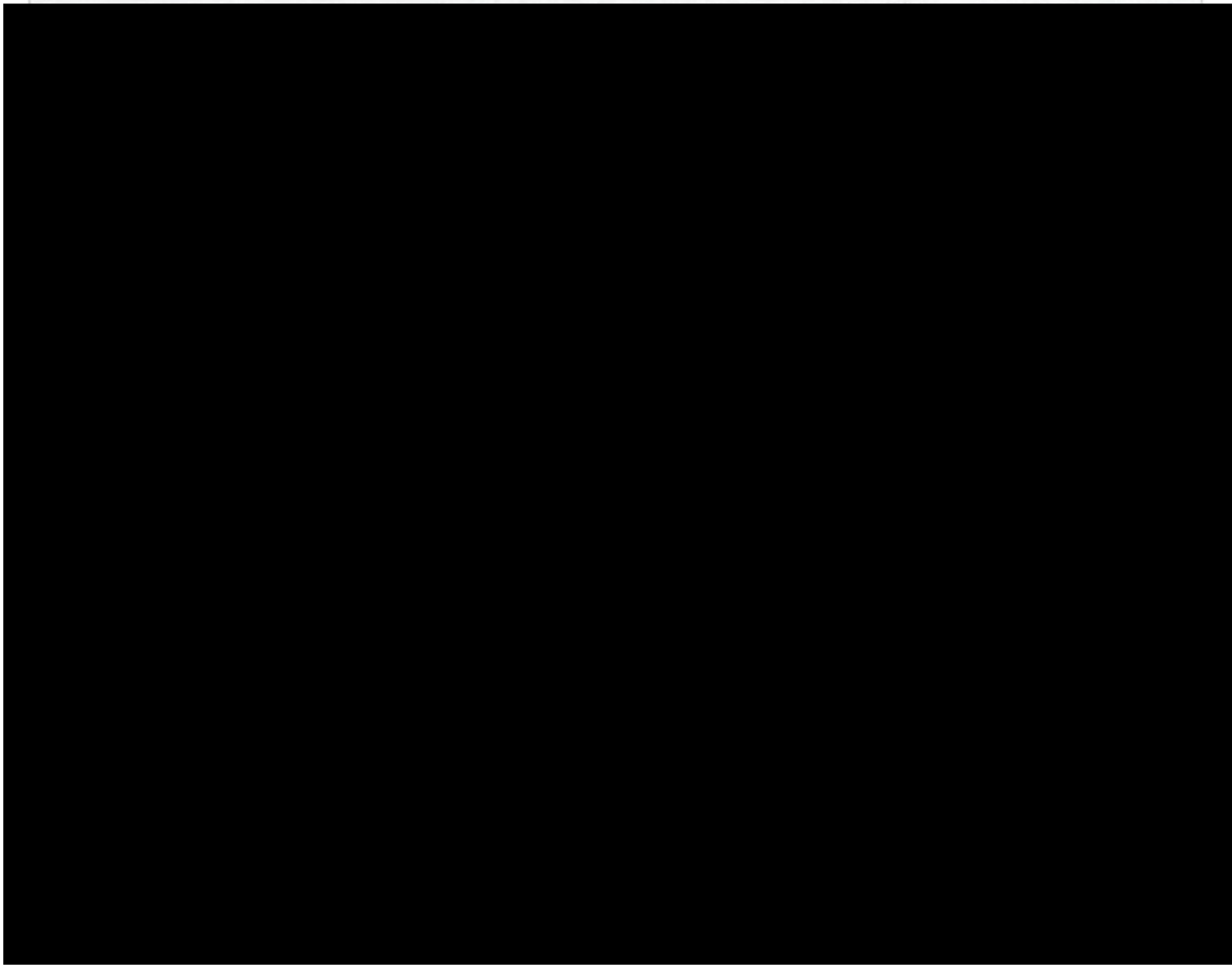
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	27/03/2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Comisario Delipalle 908 Oficina Voplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Perez	A.C	
Sohanna Curtis	A.C	
Hellen Fuentes	A.C	
Christopher Flores	gestor comunitario	
Maria Camero	A.C	
Alondra Lefino	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Constanza Soto	A.C	
Raquel Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Ritica Niquen	A.C - Psicóloga	
Alisar Arquezo	Psicóloga	
Macarena Hoyano	Kinesiólogo	
Mariela Abailay Pilcaste	Terapeuta Ocupacional	
Barbara Dorris Sullatin	Terapeuta	
Hernán de Cesne	Encargado PRLAC	

Desarrollo





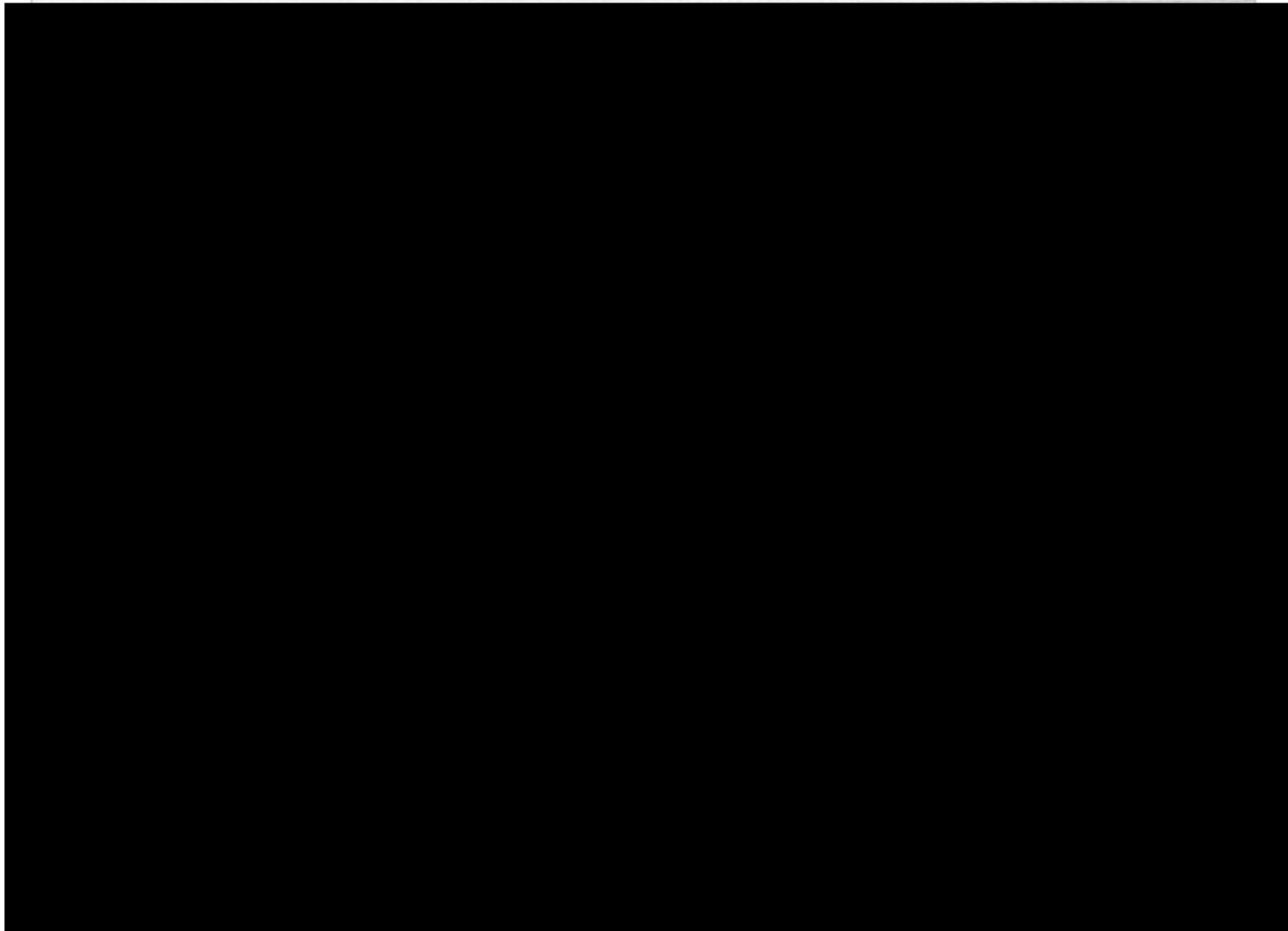
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANITA NAVARRETE	Coordinadora SAI	
TERESA MARTINEZ T	A.C - Padre Laga	
Alondra Lefeo	A.C	
Marie Jose Cauquis	A.C	
Consuelo Gonzalez	A.C	
SOHIANA ROTIS	A.C	
Mónica Rivera	A.C	
Hellen Pizarro	A.C	
Constanza Soto	A.C	

Desarrollo





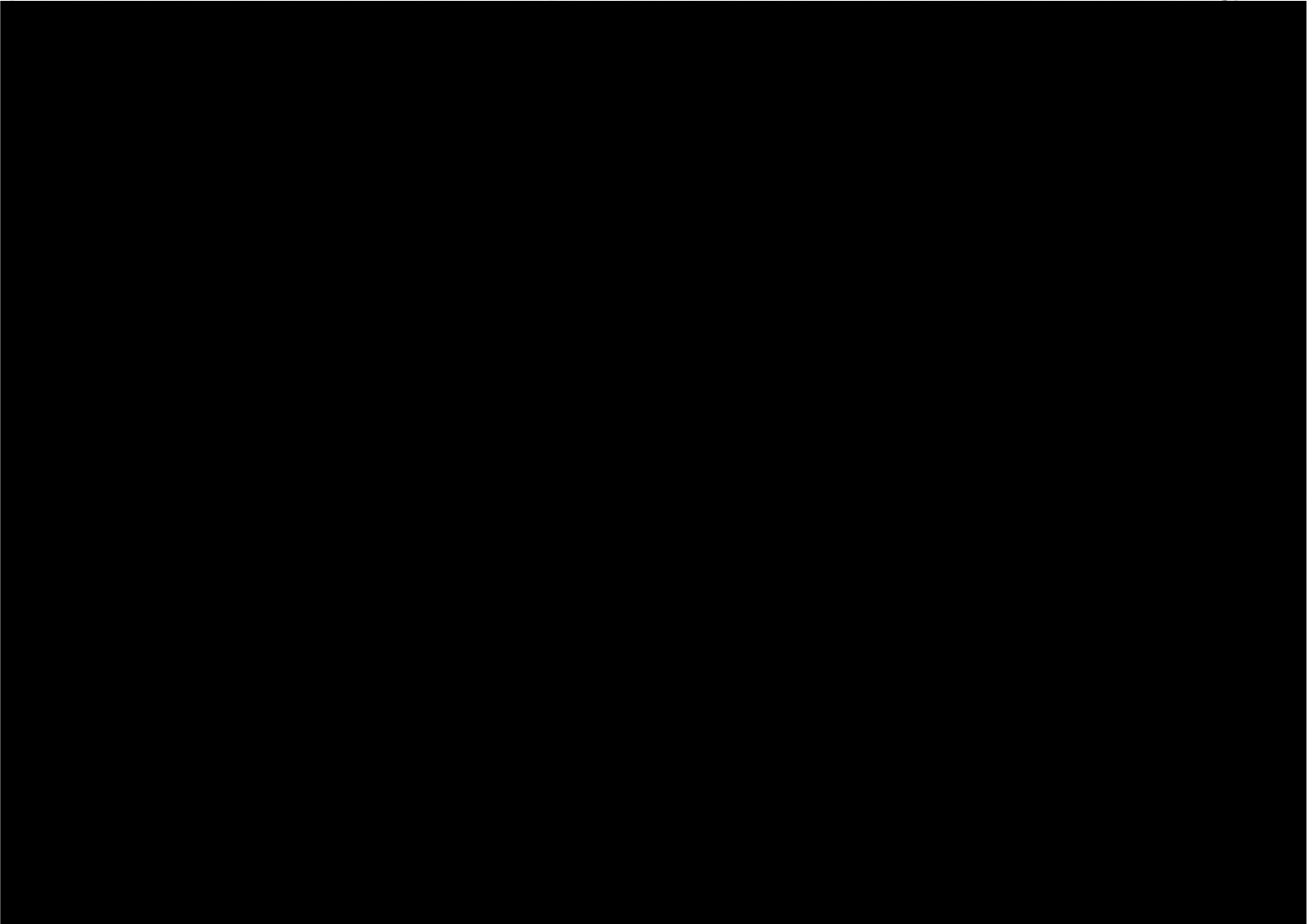
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
PAIS Macrele	Coordinadora SD	
Alondra Defno	A.C.	
Heller Cuente	A.C.	
Johanna Huetos	O.C.	
Petricia Hurtado R.	A.C. - Psicóloga	
Laura Jose Cabeceo	A.C.	
Toniwa Pizarro	O.C.	
Constanza Gonzalez	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

Desarrollo



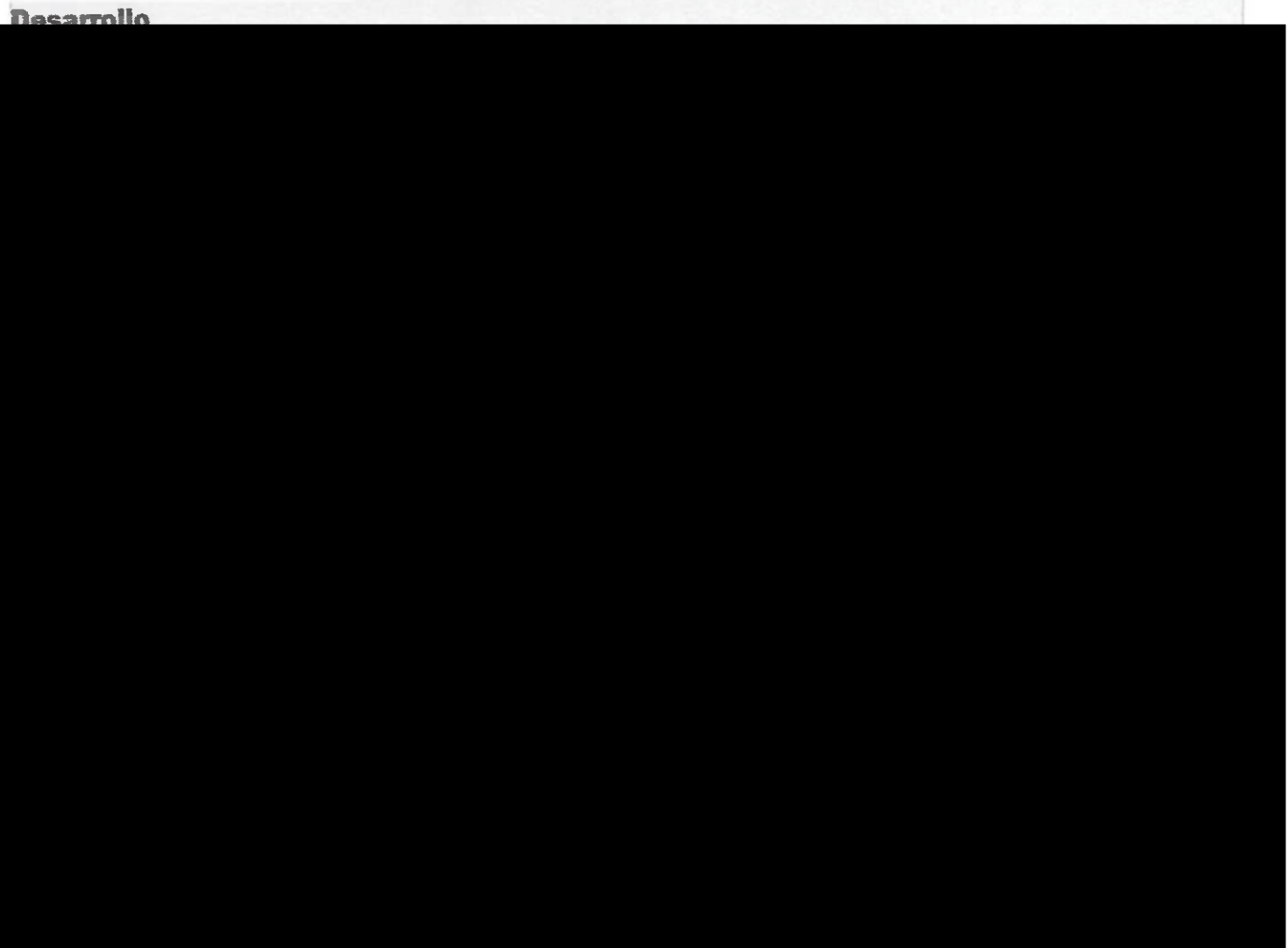
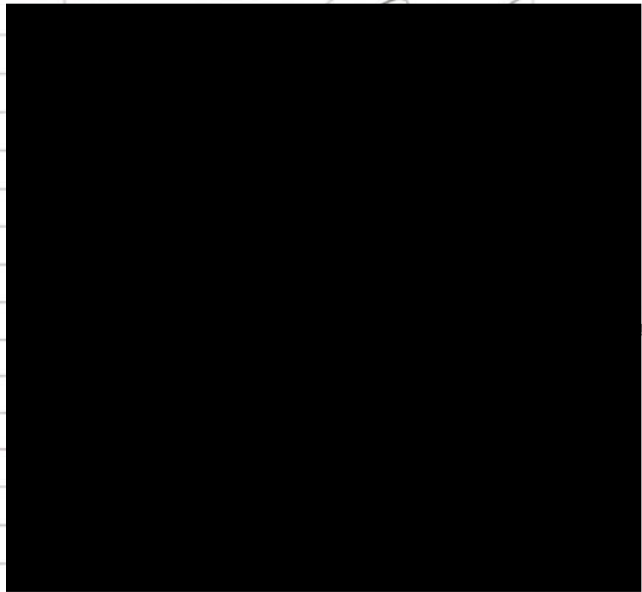


PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	10/04/26
Hora	1400 e 1700
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Carino Relipilla 908, Oficina Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAI	
Patricia Foxi Cancino	A.C	
Patricia Martínez R	A.C - Pedagoga	
Hellen Fuente	A.C	
Constanza González	A.C	
María Rivera	A.C	
JOHANNA HURTADO	A.C	
Amanda Hefao	A.C	
Constanza Soto	A.C	





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 Kepan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Andrés Nuñez	Coordinador SAD	
Constanza González	A.C	
Alison Nuñez	Psicólogo	
Patricia Martínez	A.C - Tecnología	
Hellen Prieto	A.C	
Alondra Lefau	A.C	
América Díaz	A.C.	
Macarena Moyano	Kinesólogo	
John Pineda	A.C.	
Montserrat Aballoy Pilante	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donatou	Kinesólogo	
Constanza Soto	A.C	
Patricia José Camacho	A.C	
Marcia Behar	Coordinadora SSEE	
Christopher Morales	Gestor Comunitario	
Hernán de Oquendo	Encargado PRLC	

Desarrollo

[Redacted content]



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anita Navarrete	Coordinadora SMO	
Monica Rivera	A.C.	
John MMA Rojas	A.C.	
Patricia Martínez R	A.C. - Tecnología	
Alfonso Aguero	Psicólogo	
Nalleli Cuevas	A.C.	
Macarena Mollano	Kinesólogo	
Andrés Bello	A.C.	
Maria Jose Cancian	A.C.	
Constanza Gonzalez	A.C.	
Monserrat Abadía Pilcant	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donato Jorjatin	Historiador	
Constanza Soto	A.C.	
Marcela Bohannan	Coordinadora SSEE	
Christopher Rojas	gestor comunitario	
Herman de Quisne	Encargado Red PRLAC	

Desarrollo

Nombre y firma responsable

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	
RUT	
ID	

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 del hogar, ya que el usuario habita mayormente la pers...
28. Orden de la cama y ca...
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la persona y del barrio.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15 - 21	
22 - 25 - 26 - 27 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 01/04/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15 - 21	
22 - 25 - 26 - 27 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 08/04/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15 - 21	
22 - 25 - 26 - 27 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/04/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15 - 21	
22 - 25 - 26 - 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"/>	
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	

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOME

RUT

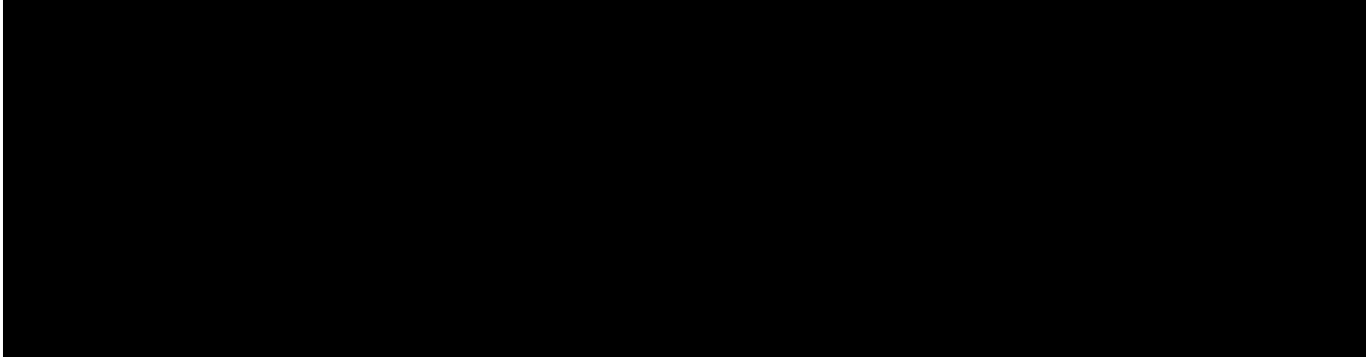
ID

Plan

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

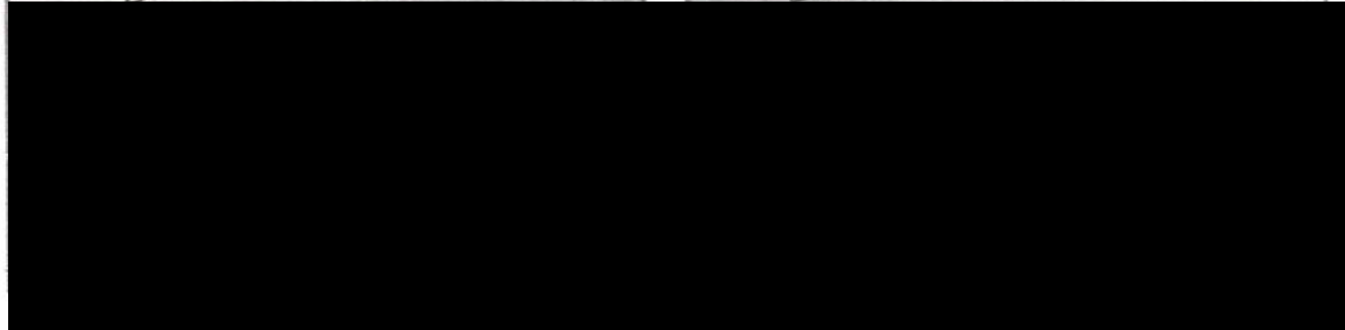
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11	
14 - 15 - 16 - 20 - 21	
27 - 28 - 29 - 30	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 02/04/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 14	
15 - 16 - 20 - 21 - 22 - 26	
27 - 28	



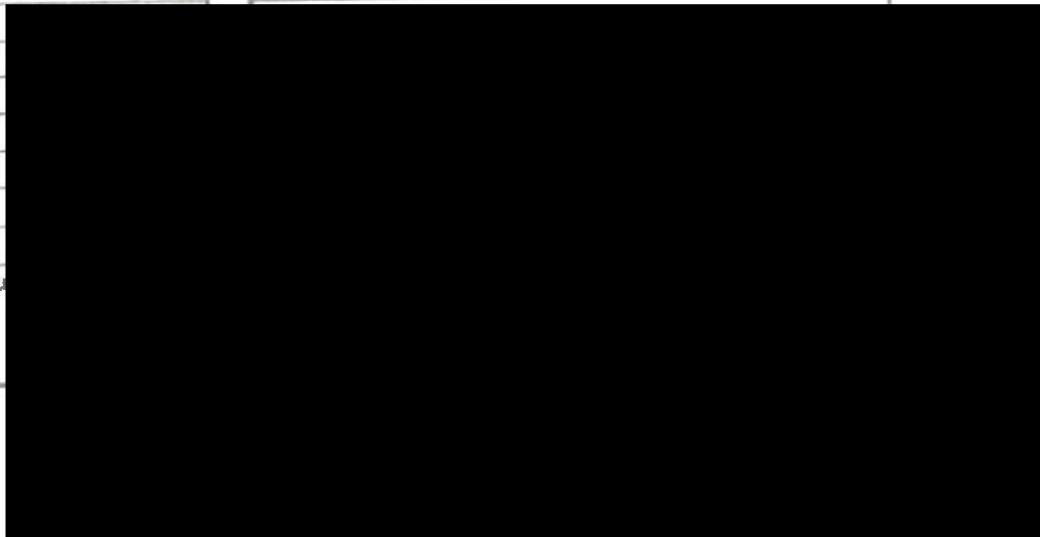
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 09/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
16 - 20 - 21 - 22 - 26 - 27	
28	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/04/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
16 - 20 - 21 - 22 - 26 - 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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usu

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

RUT

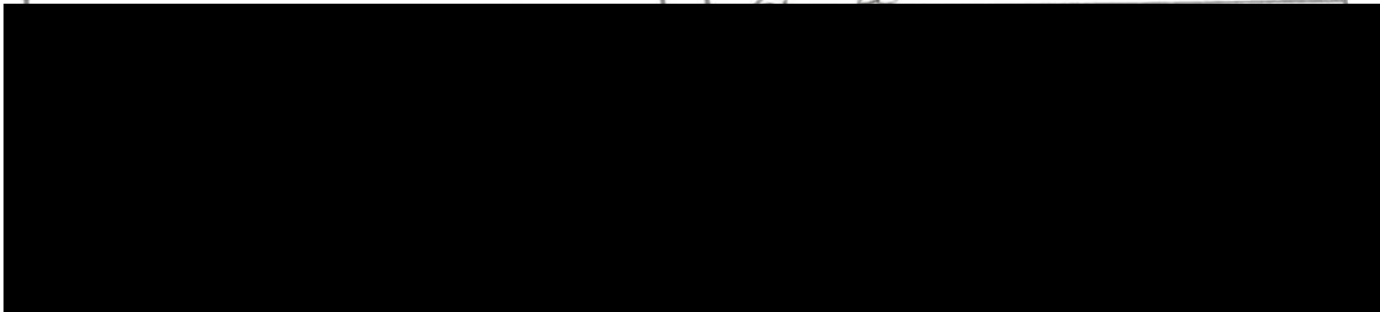
ID

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.
28. Orden de la cama y cambio de ropa.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la persona o de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 24/03/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 31/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 20 - 21 - 22 - 26	
27 - 28	



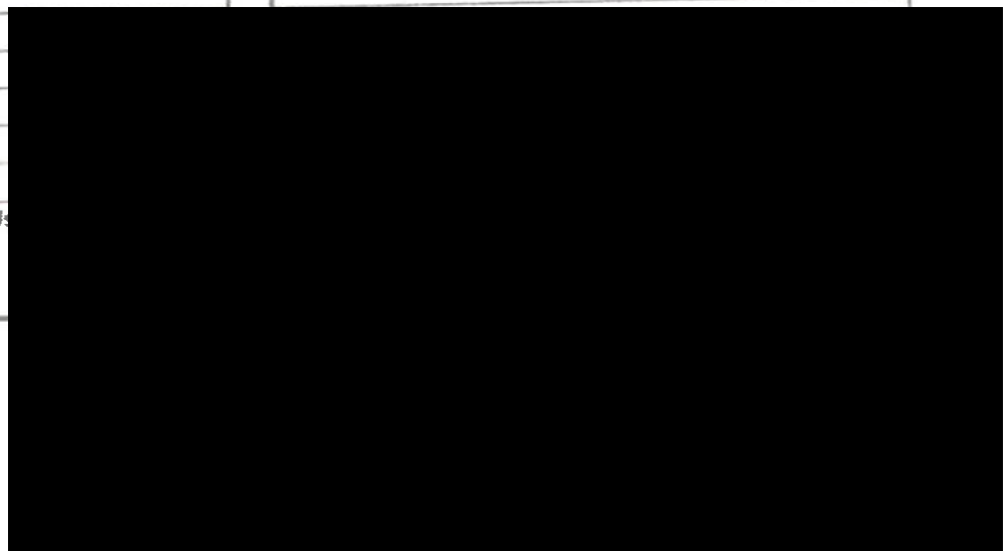
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 07/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 20 - 21 - 22 - 26	
27 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 14/04/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 20 - 21 - 22 - 26	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma U

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

RUT

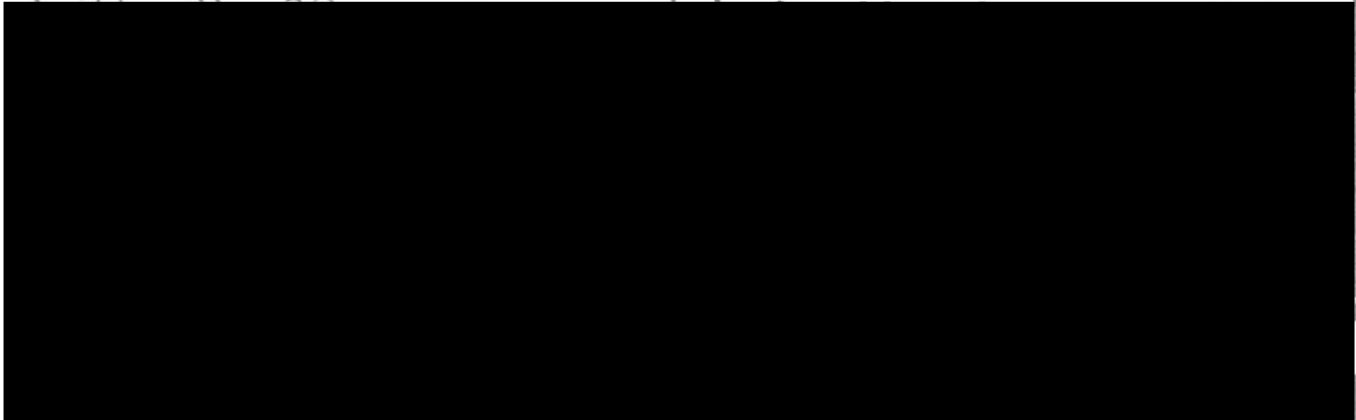
ID

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 del hogar, considerando que el usuario habita mayormente la persona.
28. Orden de la cama y cambio de ropa.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la persona y del barrio.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

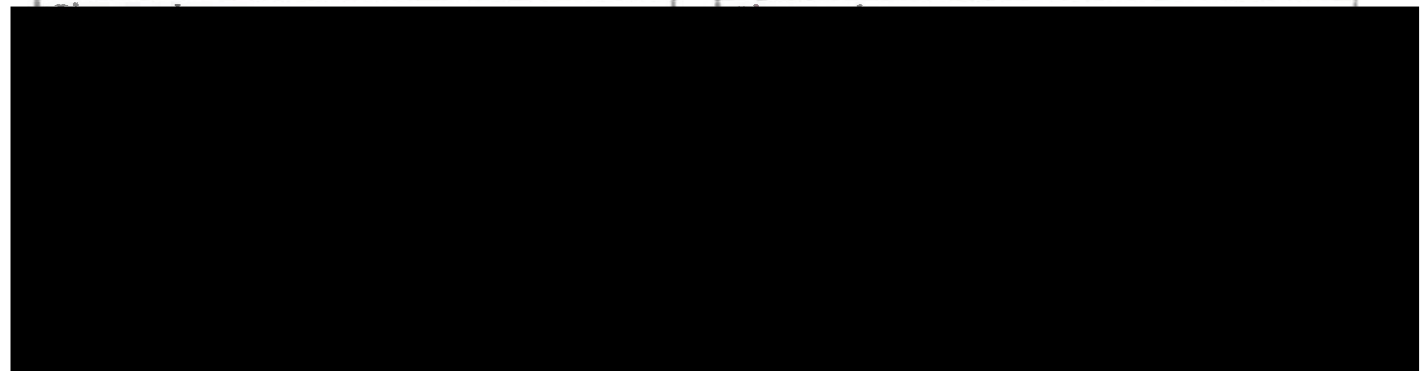
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 17 - 19 - 20 - 21	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 31/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 17 - 19 - 20 - 21	



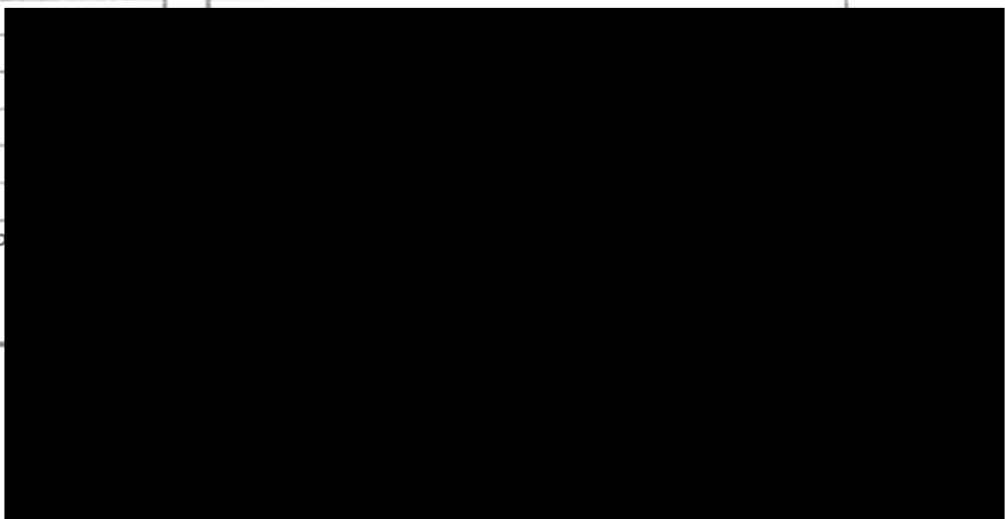
Fecha de sesión: 07/04/2026	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 17 - 19 - 20 - 21	
22 - 27 - 28	

Fecha de sesión: 14/04/2026	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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 17 - 19 - 20 - 21	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
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"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

RUT

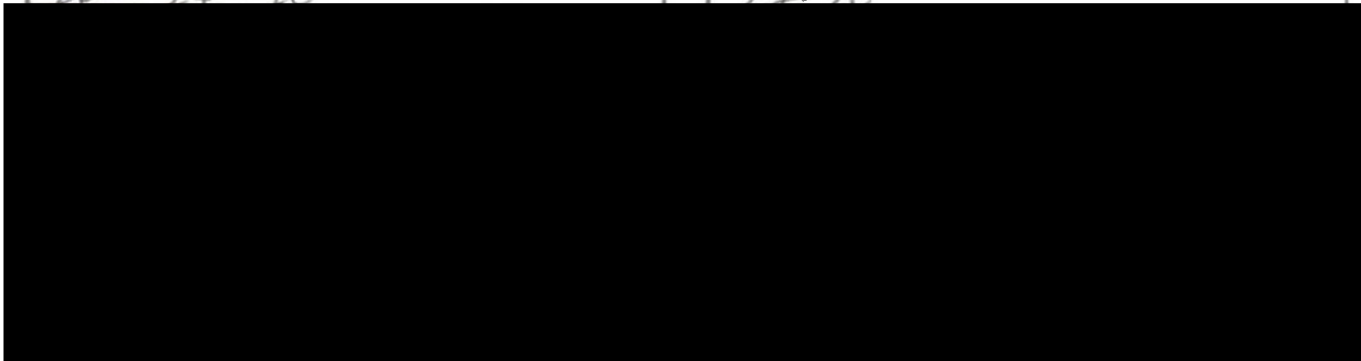
ID

Plan de Apoyo SAB

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

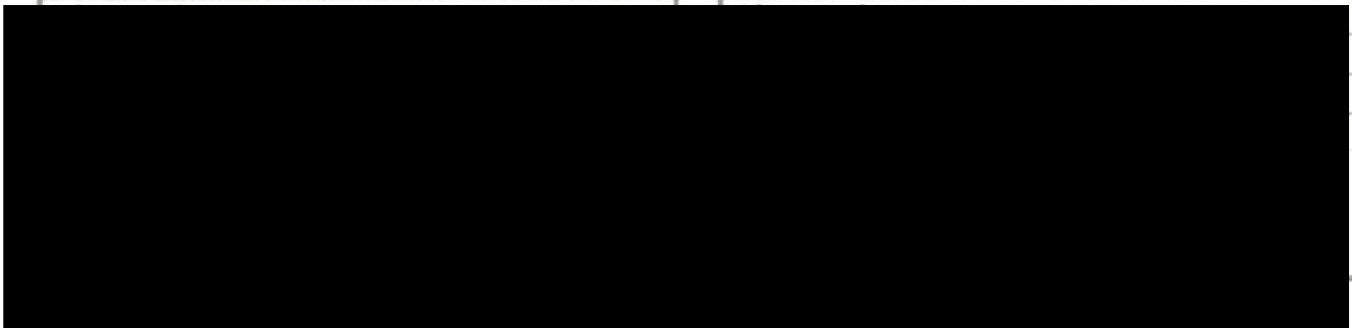
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/01/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 14	
15 - 16 - 19 - 20 - 22 - 25	
26 - 27 - 28	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30.03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
16 - 19 - 20 - 22 - 25 - 26	
27 - 28	



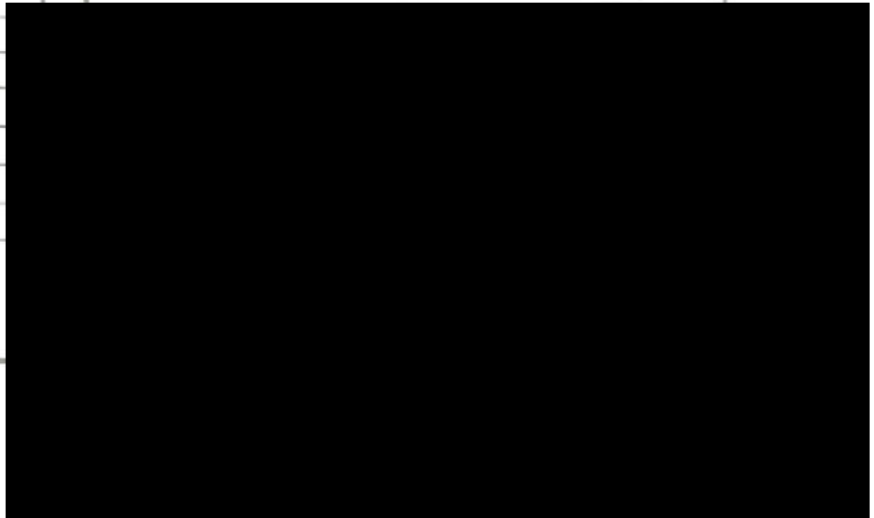
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15 - 16	
19 - 20 - 22 - 25 - 26 - 27	
28	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 14	



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	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"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE
RUT
ID

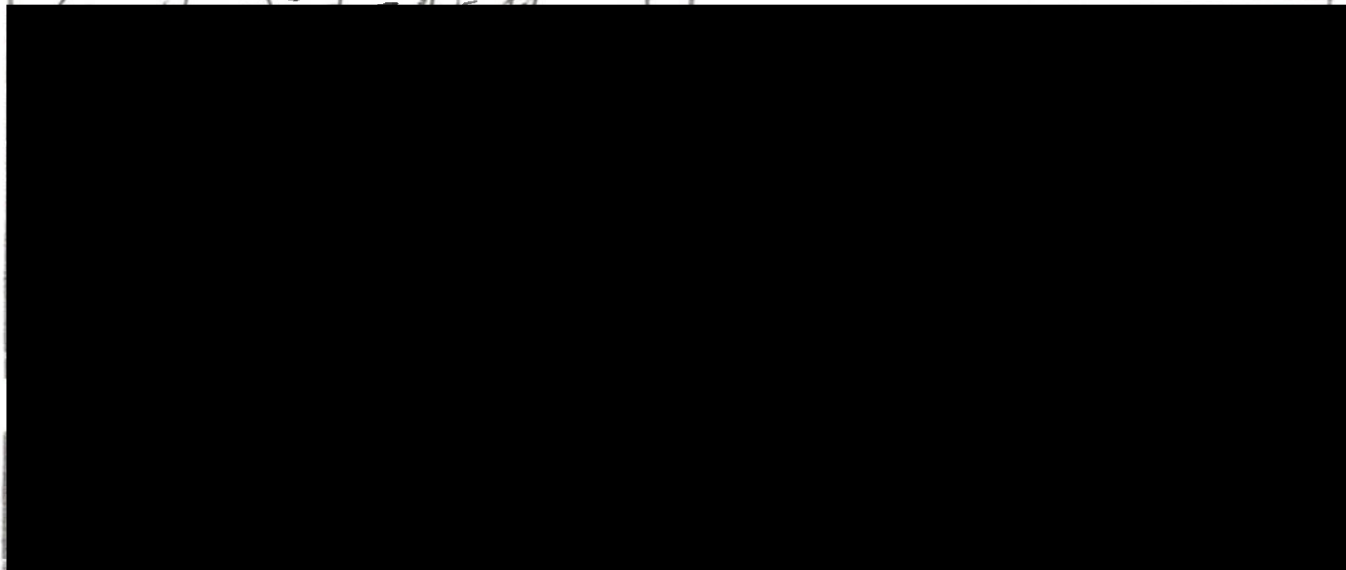


Plan de Apoyo SAD

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 e
28. Orden de la cama y cambio
29. Apoyo o acompañamiento en o de interés de la persona, barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para y de salud.

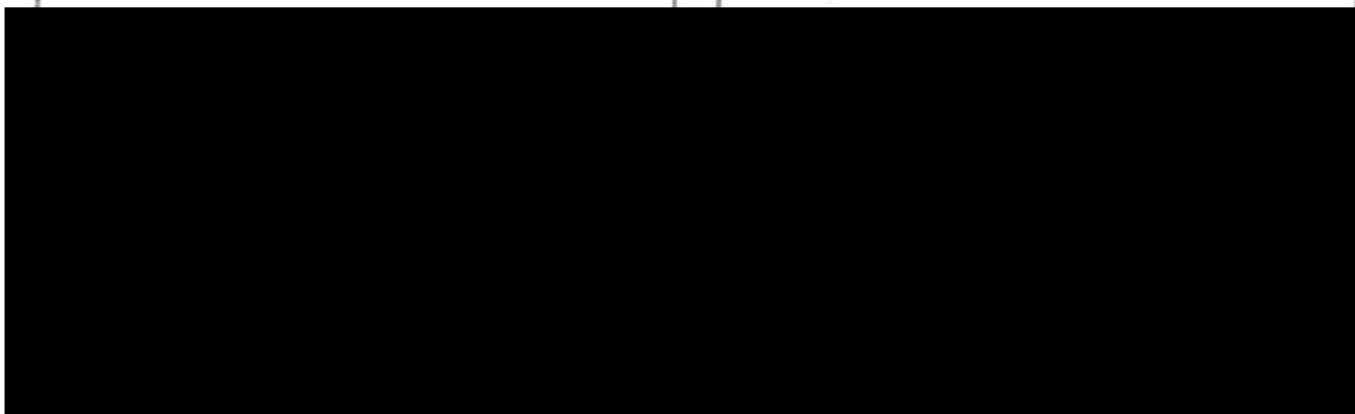
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 03/04/2026	
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	



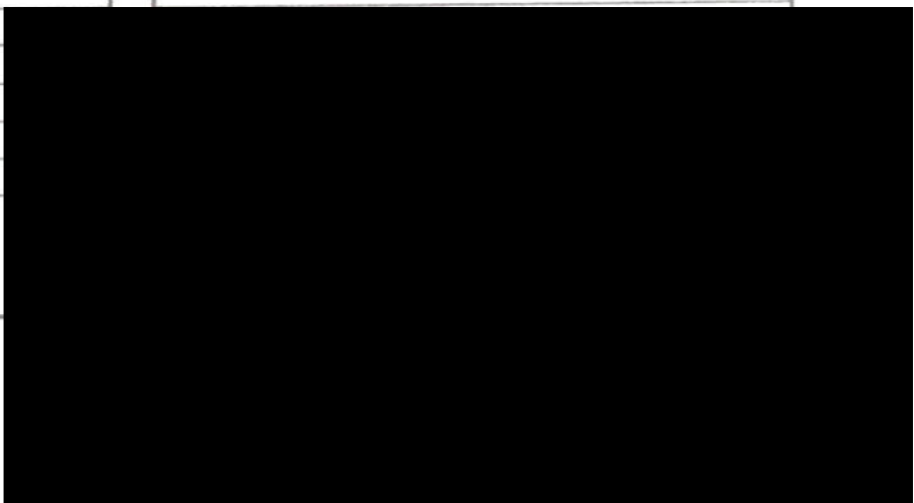
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-13	
16	

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"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-13	
14	



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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

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"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

RUT

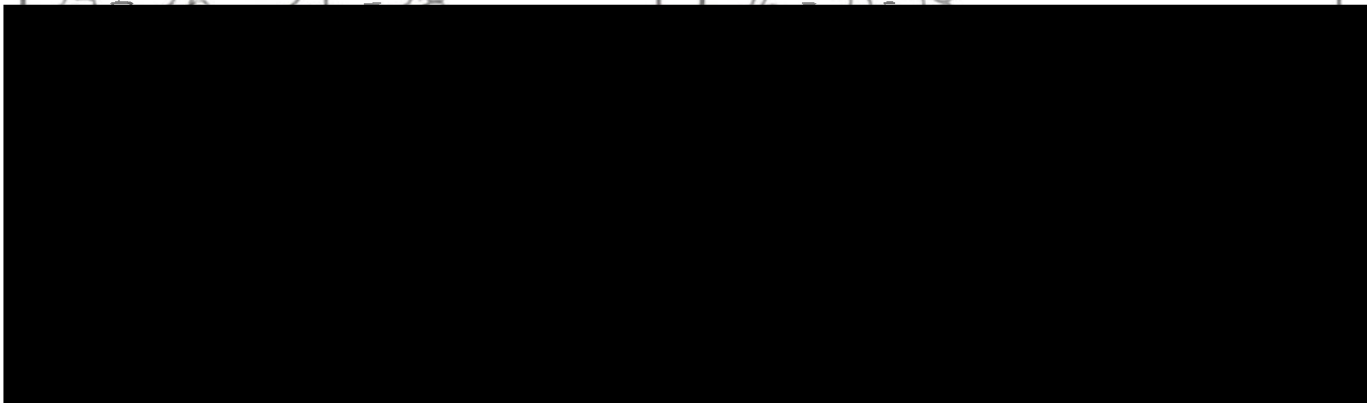
ID

Plan de Apoyo

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

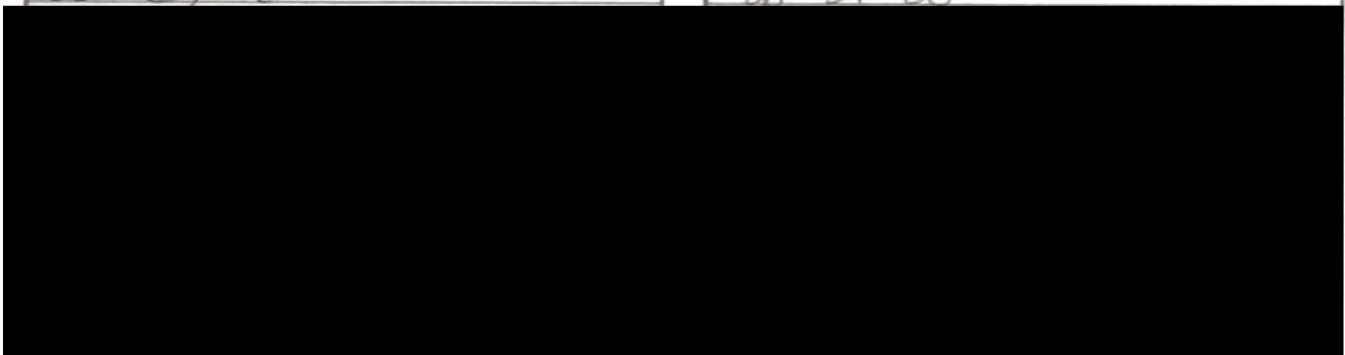
Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-15	
16-19-20-22-23-24	
25-26-27-28	

Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 02/04/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-15-16	
19-20-22-23-24-25	
26-27-28	



Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 09/04/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-15-16	
19-20-22-23-24-25	
26-27-28	

Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/04/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-15-16	
19-20-22-23-24-25	
26-27-28	



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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

RUT

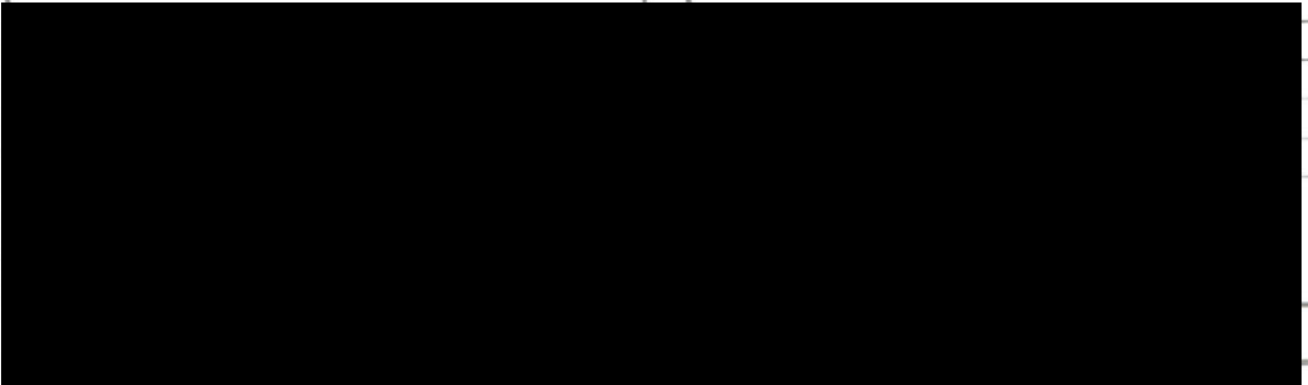
ID

Plan de Apoyo SAD

1. Daño/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 cama.
29. Apoyo o acompañamiento o de interés de la persona barrial.
30. Apoyo y acompañamiento y de salud.

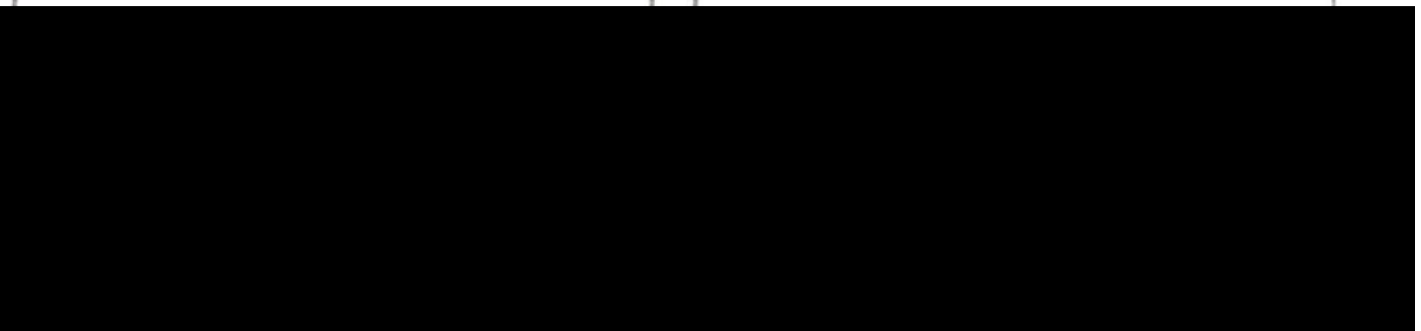
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
21 - 22 - 25 - 27 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
21 - 22 - 25 - 27 - 28	



Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
21 - 22 - 25 - 27 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	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	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usua

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	

