



Informe de pago mensual

Funcionario: Patricia Martínez Rubilar



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 mantenimiento 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.

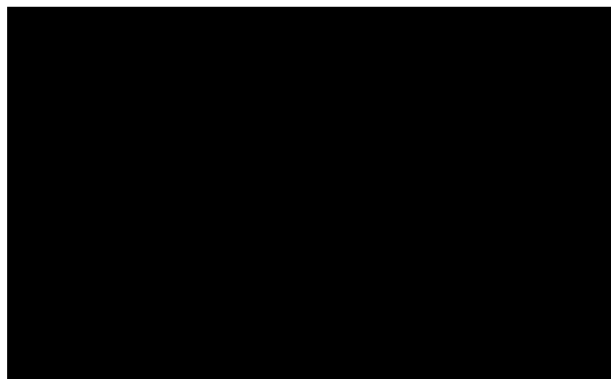


Calendario de marzo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	24 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:00 a 17:00	25 Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	26 Rafael San Martín 9:30 a 13:00 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	27 -Juan Arenas 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
30 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	31 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:00 a 17:00			

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1 Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	2 Rafael San Martín 9:30 a 13:00 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	3 -FERIADO
6 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	7 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:15 a 17:00	8 Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	9 Rafael San Martín 9:30 a 13:00 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	10 -Juan Arenas 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
13 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	14 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:15 a 17:00	15 Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	16 Rafael San Martín 9:30 a 13:00 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	17 -Juan Arenas 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00





PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	25/03/2026.
Hora	14 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan Camino Melipal 908.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Valamete	coordinadora SAU	
Nellen Fuente	A.C	
John Nivia Rojas	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Yonila Vivera	A.C	
Alondra Rojas	A.C	
Rosa Jose Cavero	A.C	
Patricia Martínez R	A.C - Pedagoga	
Constanza Soto	A.C	

Desarrollo



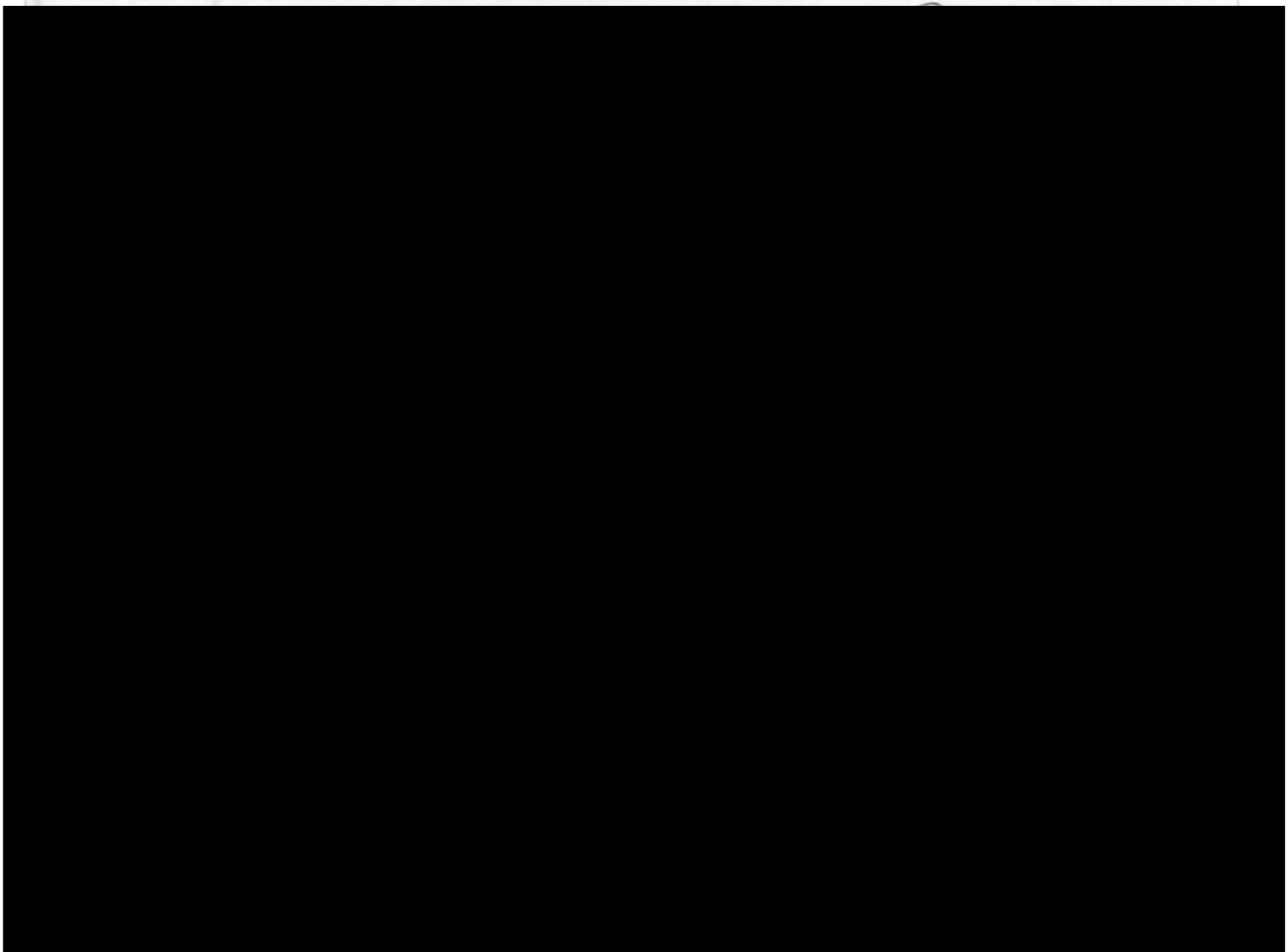
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anaís Navarrete	Coordinadora SADO	
Monica Rivera	AC	
Schenna Curtis	AC	
Hellen Fuentes	AC	
Christophier Flores	gestor comunitario	
Maria Canema	AC	
Alondra Alfaro	AC	
Constanza Gonzalez	AC	
Constanza Soto	AC	
Francisca Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Kristina Martínez	AC - Psicóloga	
Elisavet Mayolo	Psicóloga	
Macarena Moyano	Kinesiólogo	
María José Aballay Pilca	Terapeuta Ocupacional	
Carolina Domercq Sullivan	Psicóloga	
Hernán de Cuesne	Encargado PRLAC	

Desarrollo





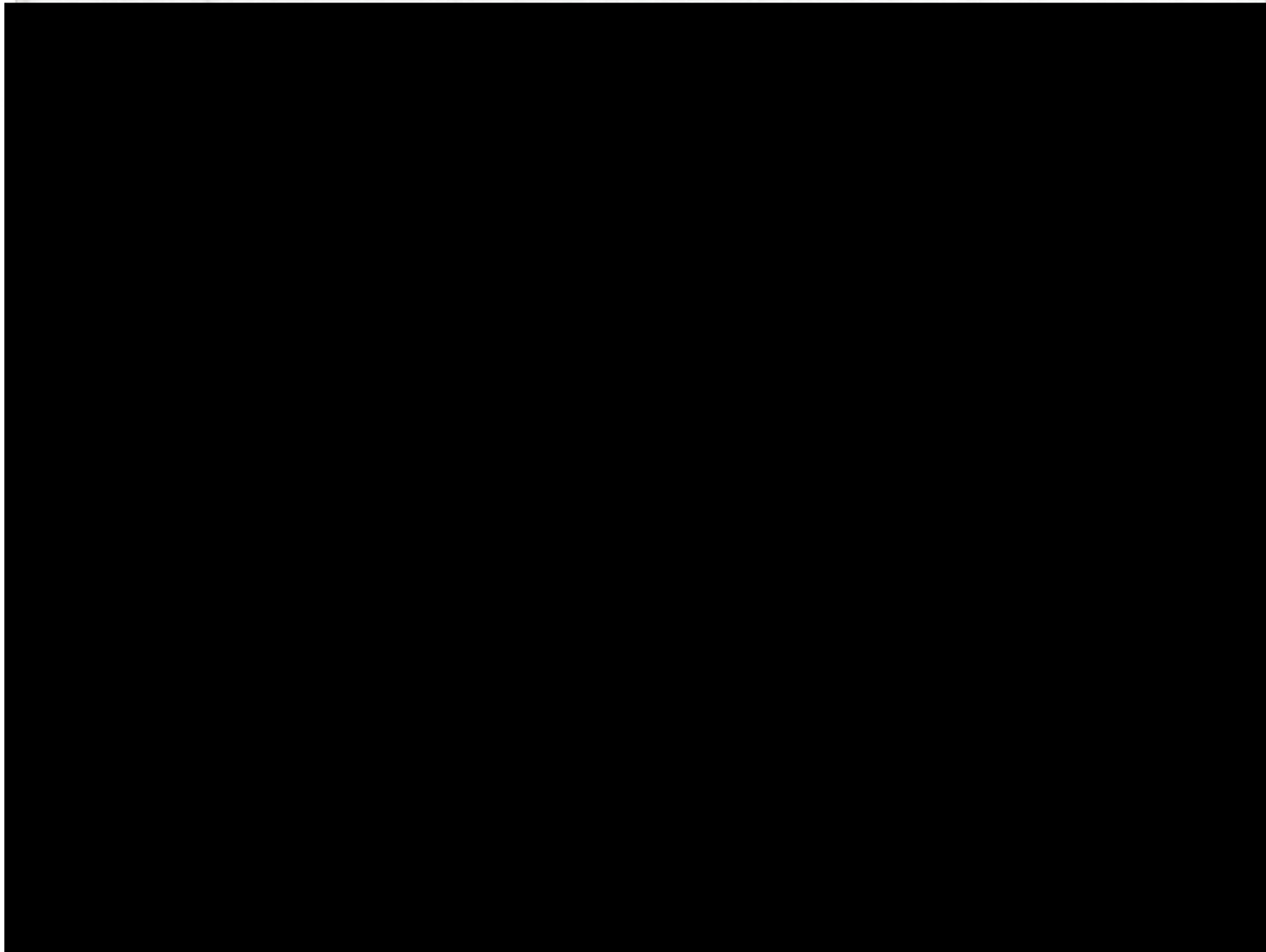
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	01/04/26
Hora	14 ⁰⁰ e 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carino Melipilla 908 Cora Koplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANITA NAVARRETE	Coordinadora SAM	
TERESA MARTINEZ	A.C. - Padre Hurtado	
ABIGAIL LEFEO	A.C.	
PAULINA JOSE CAUCINO	A.C.	
Constanza Gonzalez	A.C.	
JOHANNA KUTIS	A.C.	
Mónica Rivera	A.C.	
Hellen Pizarro	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

Desarrollo





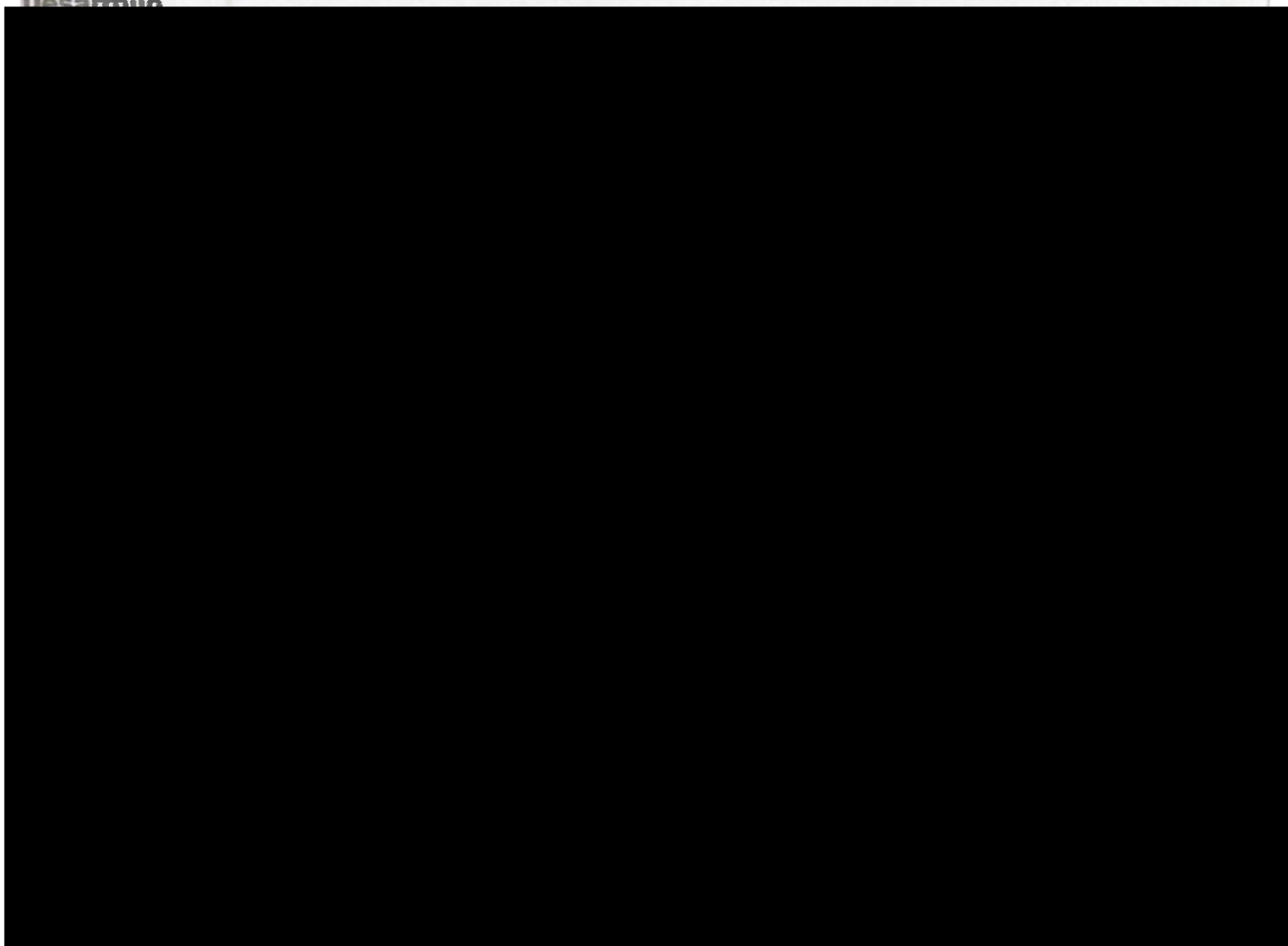
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	08/04/26
Hora	14 ⁰⁰ e 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carrero Melipalle 908 Casa Kordian

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria Ramirez	Coordinadora S/D	
Alondra Defeo	A.C.	
Hellen Cuente	A.C.	
Shanna Hurtado	A.C.	
Patricia Hurtado	A.C. - Psicóloga	
Carla Jose Cabrera	A.C.	
Toniela Rivera	A.C.	
Constanza Gonzalez	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

Desarrollo





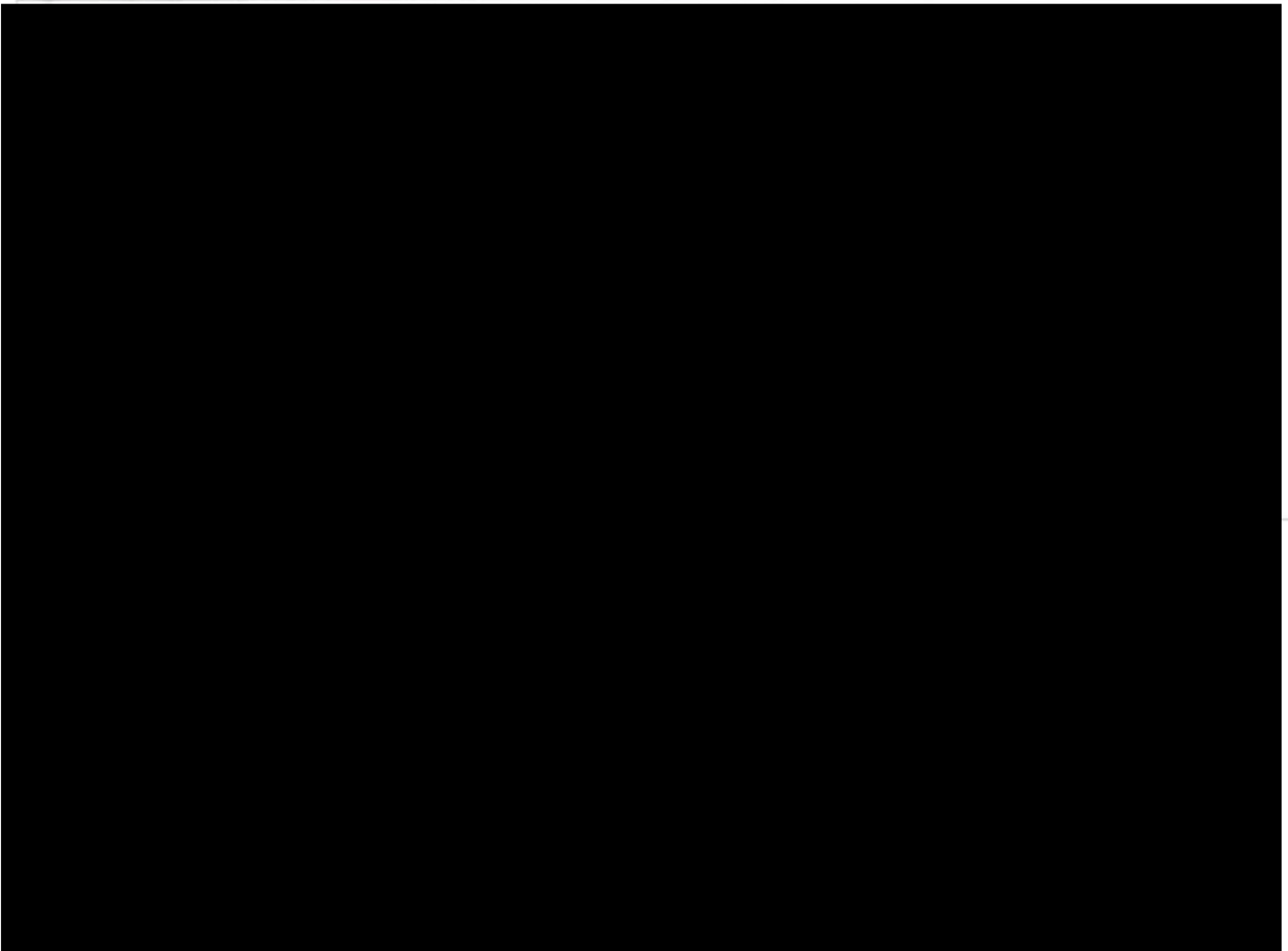
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	10/04/26
Hora	1400 e 1700
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Carino Relipallo PDS, Oficina Koplow

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAI	
Flavia José Canales	A.C	
Petrcia Montenegro	A.C - Psicóloga	
Hellen Flores	A.C	
Carolina González	A.C	
Maureen Rivera	A.C	
Johnyana Huerta	A.C	
Alondra Hefeo	A.C	
Constanza Soto	A.C	

Desarrollo





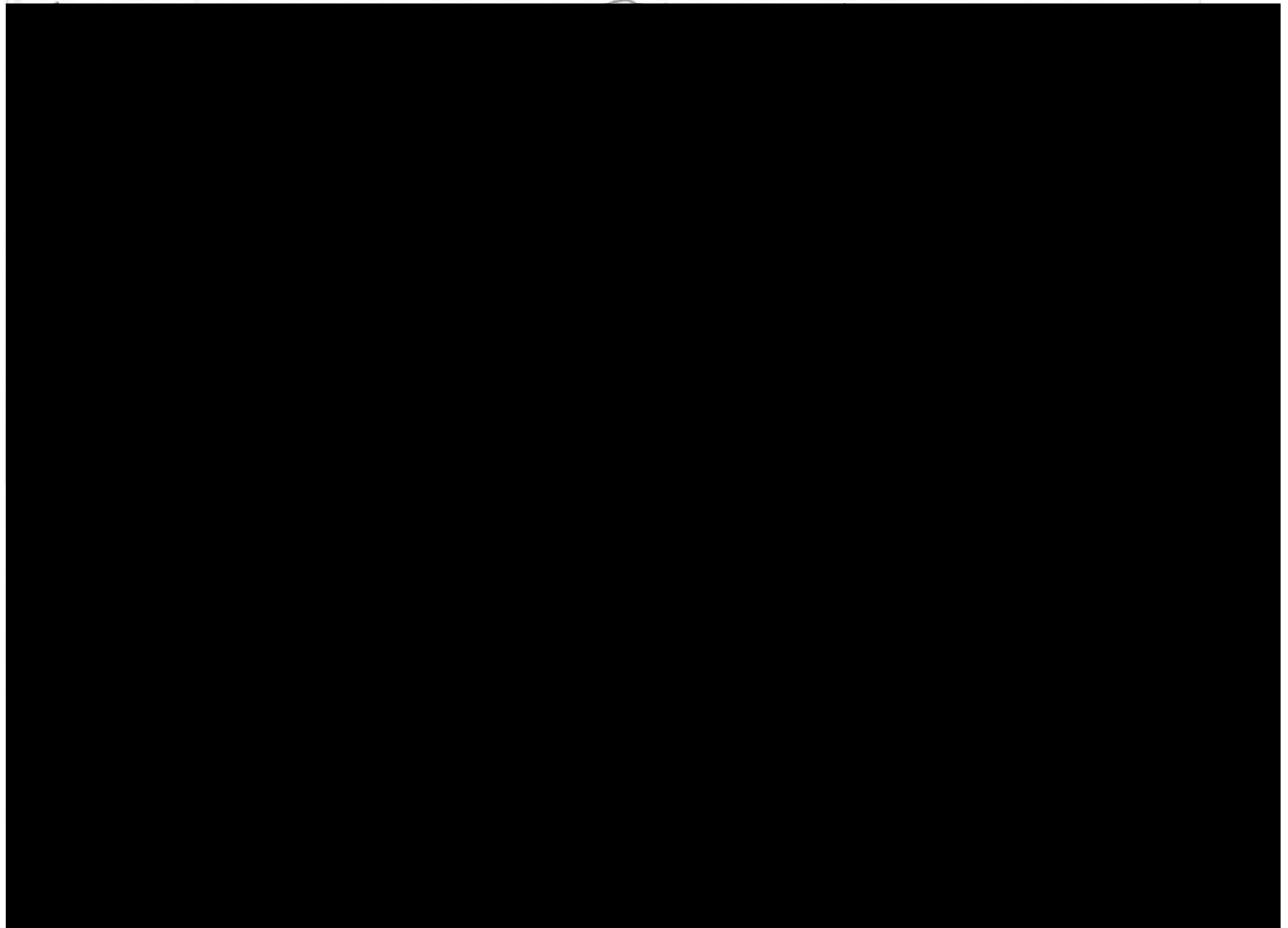
PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Aurora Nuñez	Coordinadora SAD	
Constanza González	A.C	
Alison Mujelo	Psicólogo	
Patricia Martínez	A.C - Pedagogía	
Helén Prieto	A.C	
Andrés Leiva	A.C	
María Alejandra	A.C.	
Marcelo Hoyos	Kinesólogo	
Solimar Rojas	A.C.	
Montserrat Aballay Pizarro	Terapeuta ocupacional	
Camilo Donat Javalita	Psicólogo	
Constanza Soto	A.C	
Clarice José Camacho	A.C	
Marcelo Behar	Coordinador SSEE	
Christopher Torres	Gestor Comunitario	
Hernán de Orosne	encargado PRLC	

Desarrollo



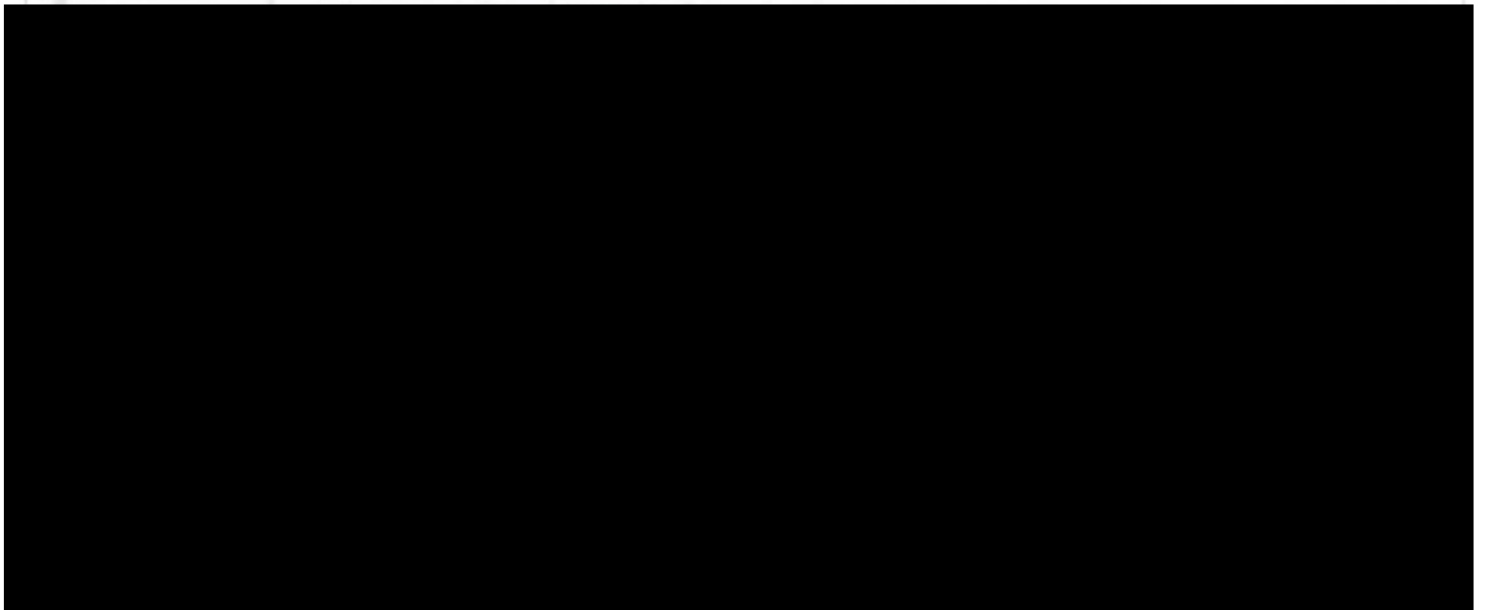
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anis Navarrete	Coordinadora SMO	
Ponina Chivena	A.C.	
Johny Mota	A.C.	
Ferica Martínez	A.C. - Tecnología	
Alison Mayrle	Psicóloga	
Nella Santos	A.C.	
Macarena Mollano	Kinesiólogo	
Andrés Bello	A.C.	
María José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Monserrat Alcalá Pilante	Terapeuta Ocupacional	
Camila Denise San Martín	Historiadora	
Constanza Soto	A.C.	
María Behar	Coordinadora SSEE	
Christopher Rojas	gestor comunitario	
Herman Le Quiñe	Encargado Red PRLAC	

Desarrollo



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	<i>Diego Espinoza</i>
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 recreacionales, culturales, religiosas o de interés comunitario o barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

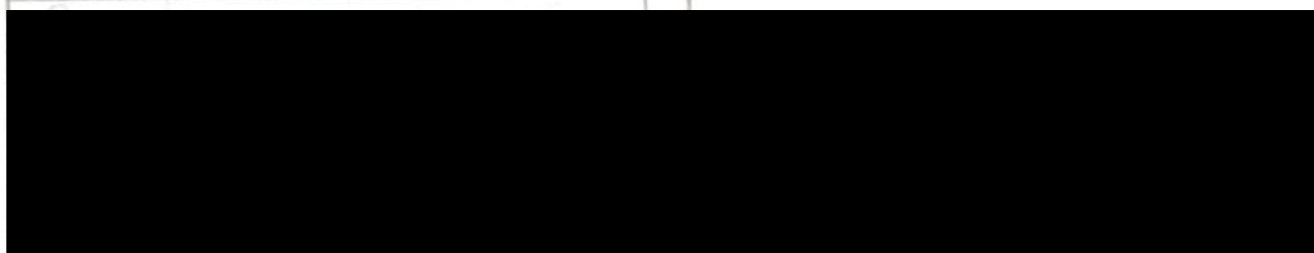
Horario: 13:20 - 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-12-15	
17-18-27	

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	



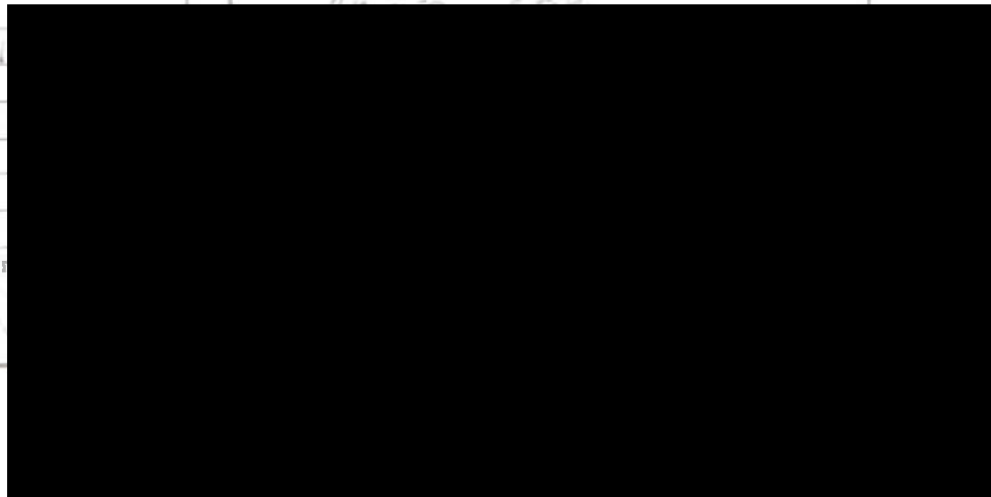
Horario: 13:00 - 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 3/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-17-15	
17-18-27	
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: 13:00 - 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/04/2026	
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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-15	
17-18-27	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuar

Horario: 13:00 - 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/2026	
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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

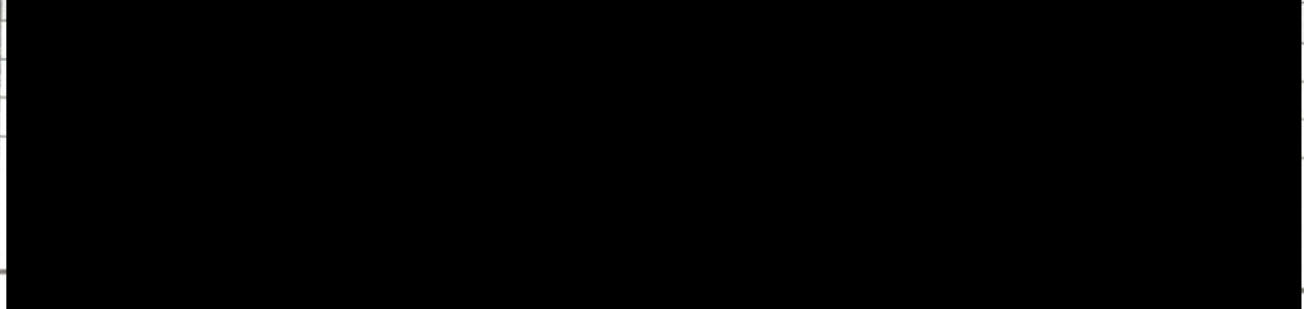
NOMBRE	Javier Esteban P.
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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 [REDACTED]
28. Orden de [REDACTED]
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés comunitario o barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/03/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-24-27-28	
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	



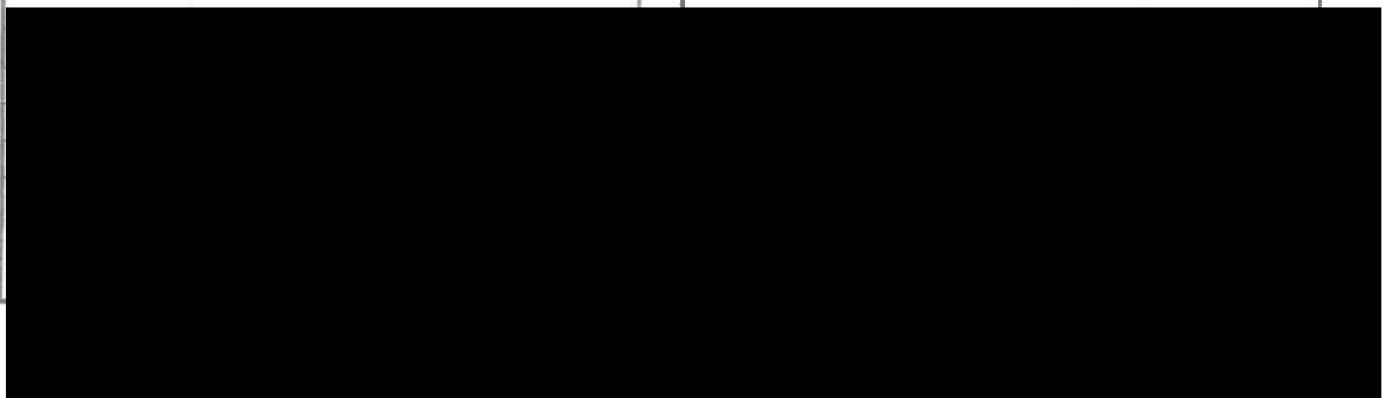
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/03/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-24-27-28	

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



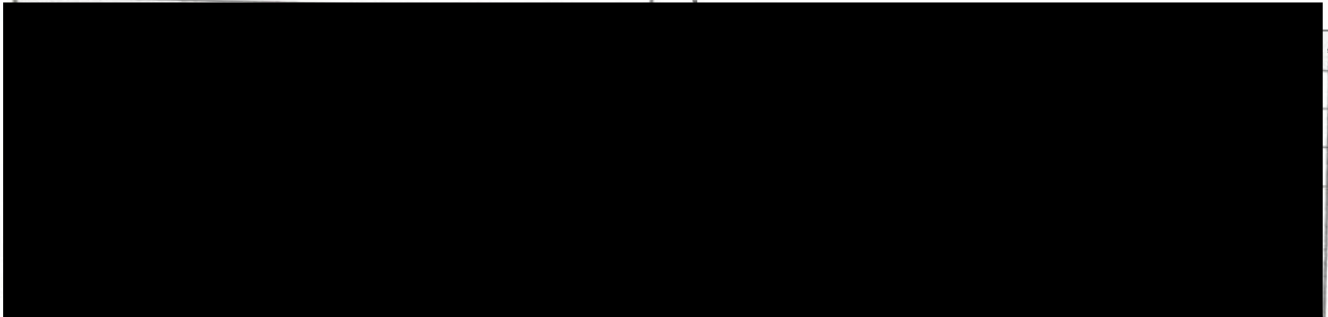
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-24-27-28	

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



Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16-17	
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	

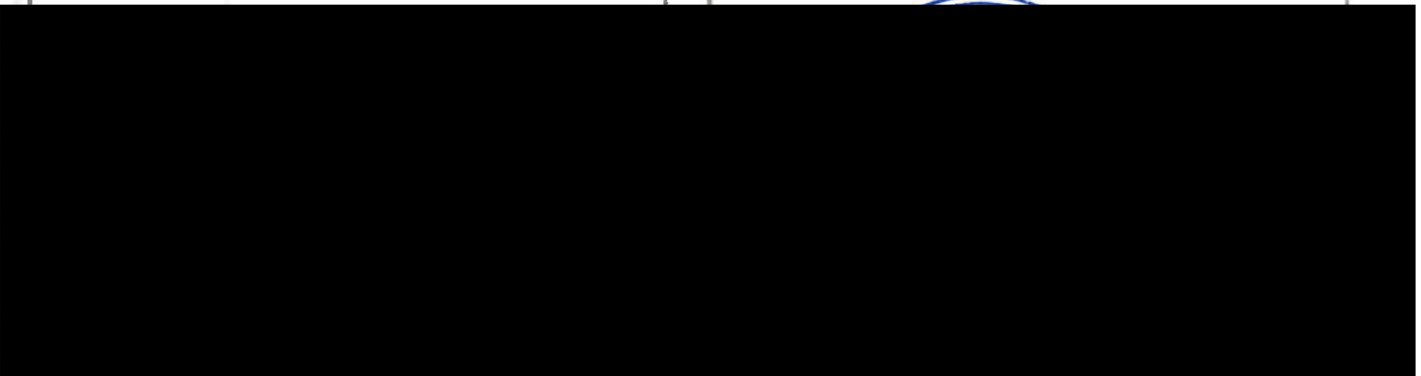


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

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	
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	

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	Rafael San Martín
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 ma [REDACTED]
28. Orden [REDACTED]
29. Apoyo [REDACTED]
o de int [REDACTED]
barrial. [REDACTED]
30. Apoyo [REDACTED]
y de salu [REDACTED]

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/03/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/03/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 31/03/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	

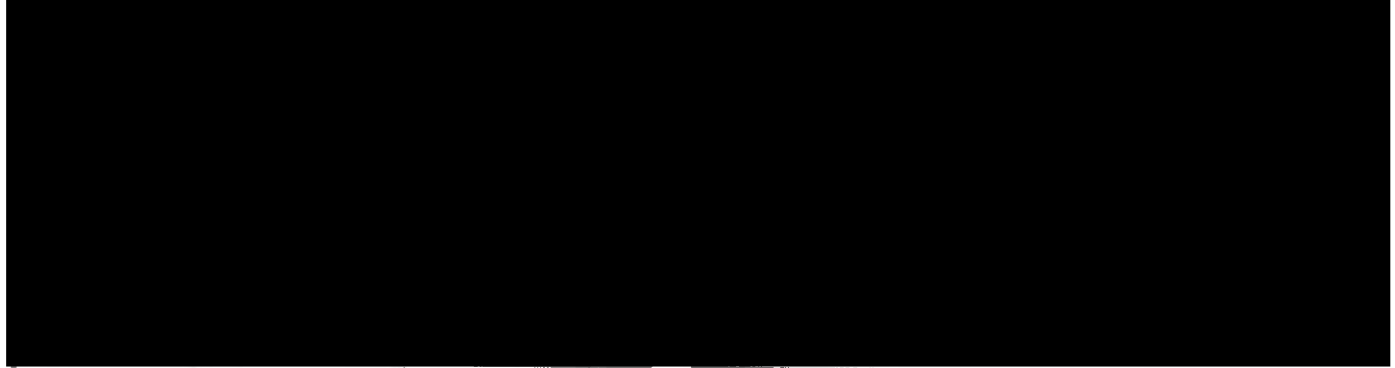
Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 02/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 07/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 09/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-27-25	
26-27-28-30	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-25-27-25	
26-27-28-30	

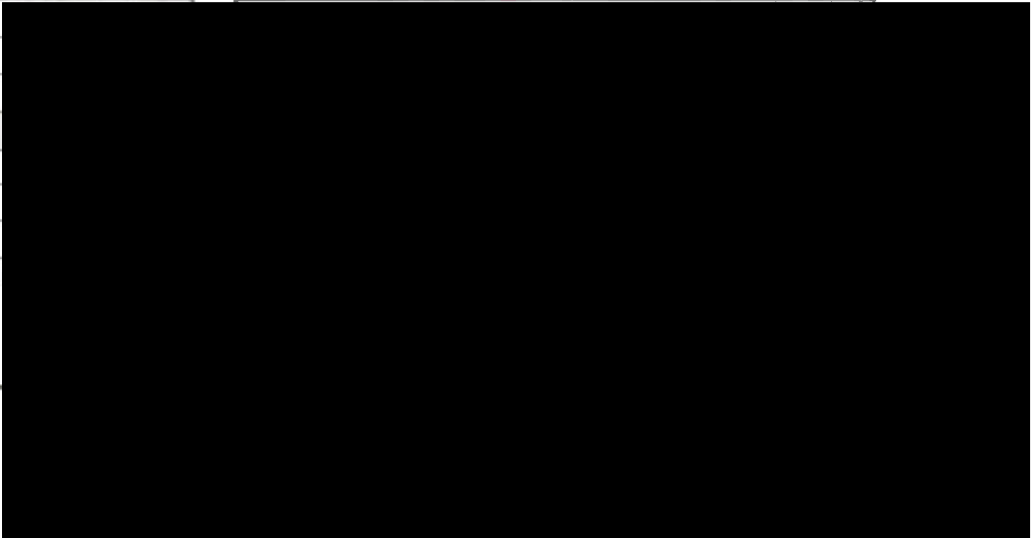


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

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	
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	
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	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Luis J. Rojas
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 d [REDACTED]
29. Apoyo d [REDACTED]
o de inter [REDACTED]
barrial. [REDACTED]
30. Apoyo y [REDACTED]
y de salud [REDACTED]

Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/03/2026	
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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-9-11-12	
16-17-18-19-28	

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	

Horario: 9:00 - 13:00	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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-9-11-12	
16-17-18-19-28	

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	

Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-9-11-12	
16-17-18-19-28	

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	

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Edmundo Wilson Arzúaga
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

Plan de Apoyo CAS

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 habit
28. Or
29. Ap
- o de
- barril
30. Ap
- y de

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18	
19-20-21-22-24-28	

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	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/03/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18	
19-20-21-22-24-28	

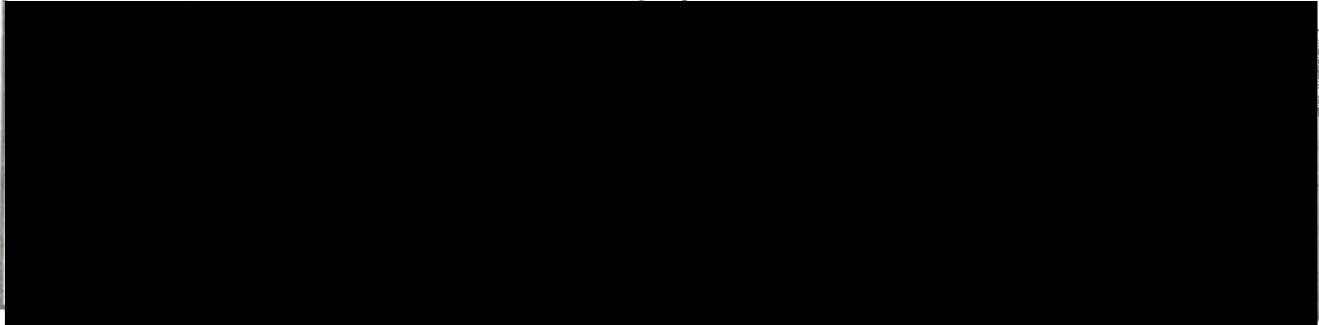
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18	
19-20-21-22-24-28	

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	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18	
19-20-21-22-26-28	

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	



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	
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	
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	Severín Sepúlveda Sepúlveda
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 d [REDACTED]
29. Apoyo o [REDACTED]
o de inter [REDACTED]
barrial. [REDACTED]
30. Apoyo y [REDACTED]
y de salud. [REDACTED]

Horario: 13.00 - 17.00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/03/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-11-15-16	
17-18-20-26-28	

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	

Horario: 13.00 - 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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-11-15-16	
17-18-20-24-28	

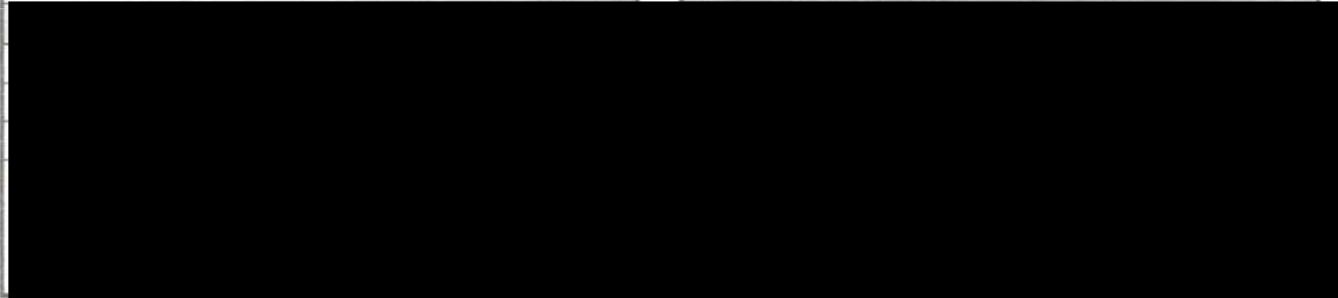
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

Horario: 13.00 - 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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-11-15-16	
17-18-20-26-28	

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	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/04/2024	
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"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-15-16-17	
18-20-24-28-11	

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	
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	
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	
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	

