



## Informe de pago mensual

**Funcionario: Hellen Fuentes Maripe**



**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



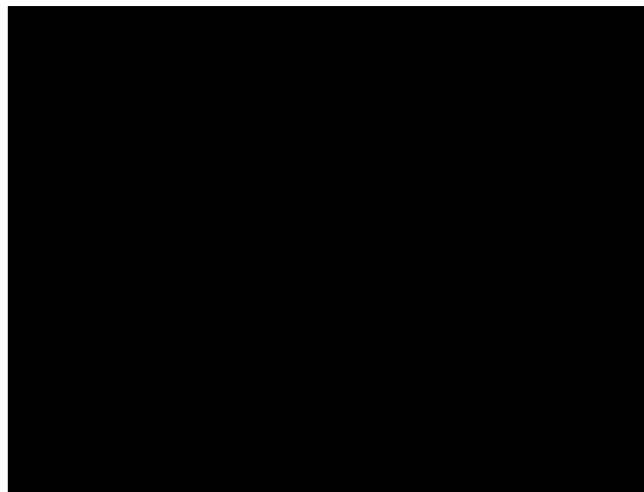
PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

Calendario de marzo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>23</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>24</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>25</b> Trabajo Administrativo 13:00 A 17:00  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>26</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	<b>27</b> Dora Acuña 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>30</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45 Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>31</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00			

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		<b>1</b> Trabajo Administrativo 13:00 A 17:00  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>2</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	<b>3</b> FERIADO
<b>6</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>7</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>8</b> Trabajo Administrativo 13:00 A 17:00  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>9</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	<b>10</b> Dora Acuña 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>13</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>14</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>15</b> Trabajo Administrativo 13:00 A 17:00  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>16</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	<b>17</b> Juan Arriagada 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 Kaplan Carino Melipilla 908.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Valente	coordinadora SAU	
Hellen Fuentes	A.C	
Sofía María Rojas	A.C	
Constanza González	A.C	
Yonila Vivera	A.C	
Alondra Lefeo	A.C	
Rene Jose Cavallero	A.C	
Patricia Martínez R	A.C - Pedóloga	
Constanza Soto	A.C	

### Desarrollo

[Redacted content]

0,  
0



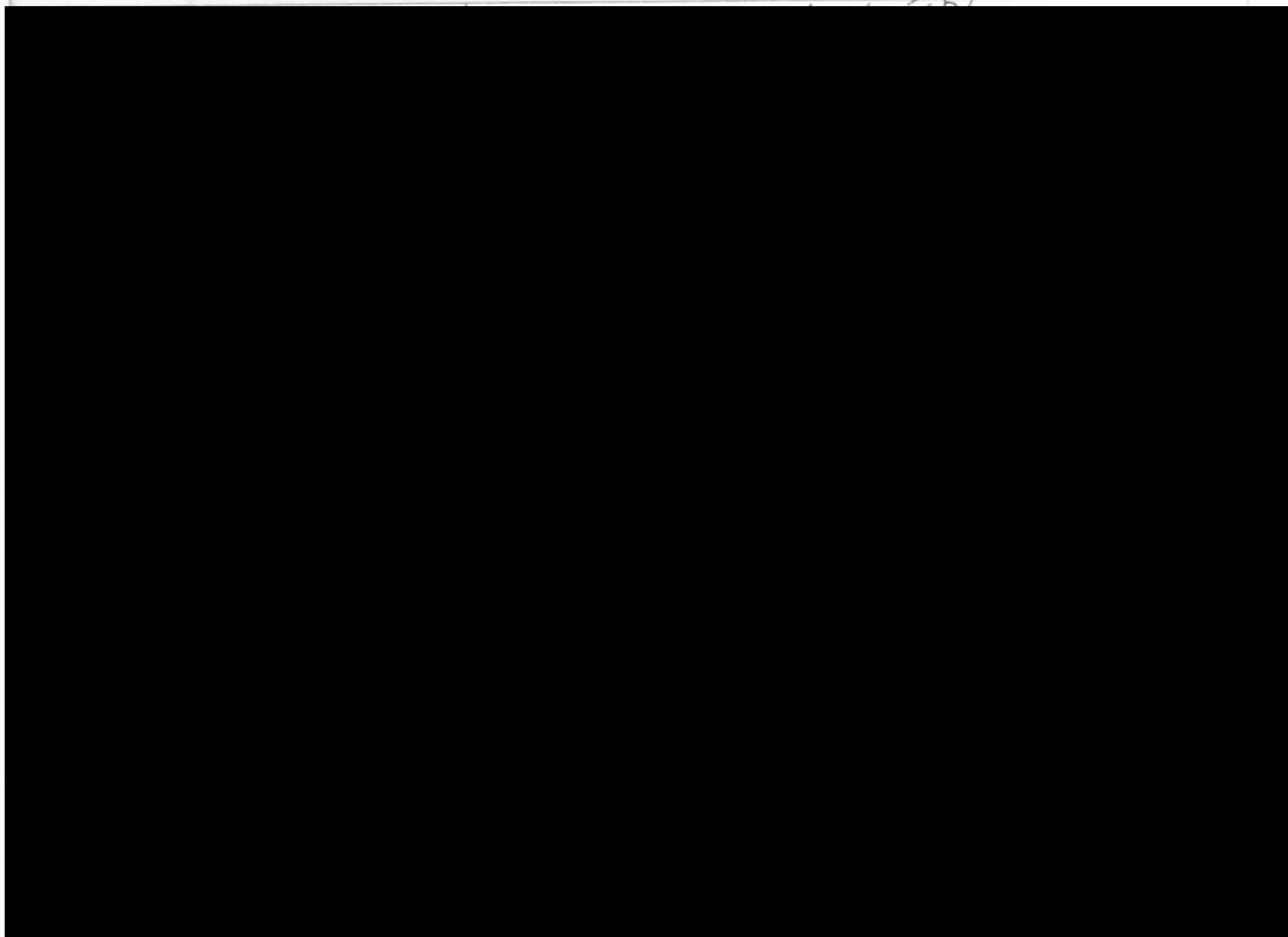
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Rivera	A.C	
Sohanna Curtis	A.C	
Hellen Fuentes	A.C	
Christophen Rondon	gestor comunitario	
Maria Camero	A.C	
Alondra LFNO	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Constanza Soto	A.C	
Francisca Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Katrina Rojas	A.C - Psicóloga	
Stisar Mayolo	Psicóloga	
Macarena Moyano	Kinesiólogo	
Monseerrat Aballay Pilarte	Terapeuta Ocupacional	
Carolina Dorrico Jullatin	Asesora	
Hernán de Caceres	Encargado PRLAC	

### Desarrollo





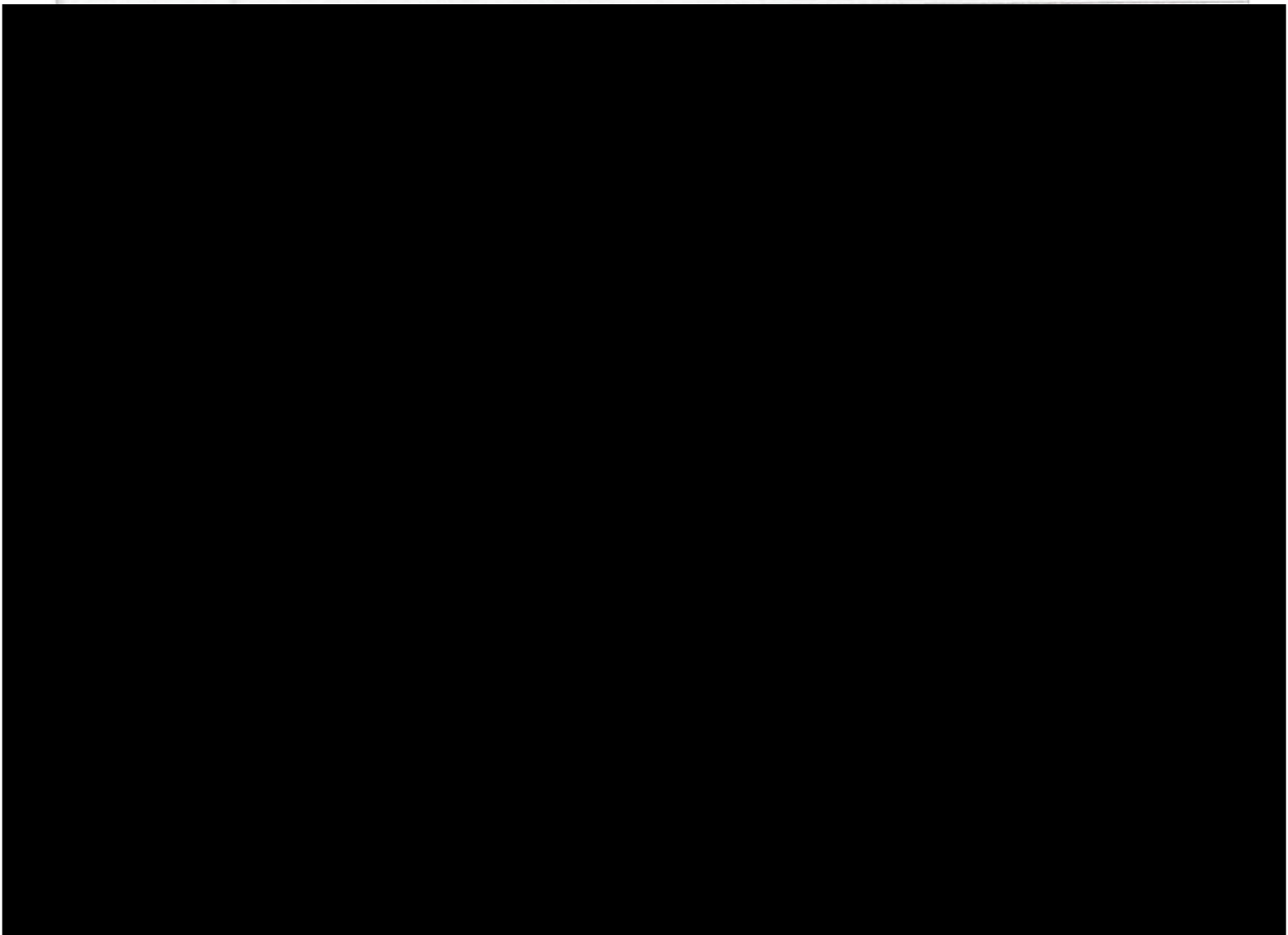
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	01/04/26
Hora	1400 e 1700
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carino Melipilla 908 Cora Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANITA NAVARRETE	Coordinadora SAM	
Tatiana Martínez R	A.C - Pedagoga	
Alondra Lefeo	A.C	
Lucie Jose Cavazos	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Sofia Nivia Rojas	A.C	
Monica Rivera	A.C	
Hellen Ramirez	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 Melipalle 908 Casa Karlan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria Navarrete	Coordinadora SD	
Alondra Lafao	A.C.	
Hellen Cuanto	A.C.	
Johnna Hurtado	A.C.	
Patricia Hurtado P.	A.C. - Pablosa	
Rania Jabe Cabeceo	A.C.	
Tonia Divera	A.C.	
Constanza Gonzalez	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

**Desarrollo**

[Redacted content]



# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	10/04/26
Hora	14:00 e 17:00
Comuna	Puerto Hurtado
Lugar de realización	Carino Melipallo PDS, Oficina Koplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Nouenete	Coordinadora SAI	
Flavia José Cavero	A.C	
Petricia Meryte R	A.C - Psicóloga	
Hellen Plente,	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Maureen Rivera	A.C	
Sophía Huta	A.C	
Alondra Refaio	A.C	
Constanza Soto	A.C	

**Desarrollo**

[Redacted content]



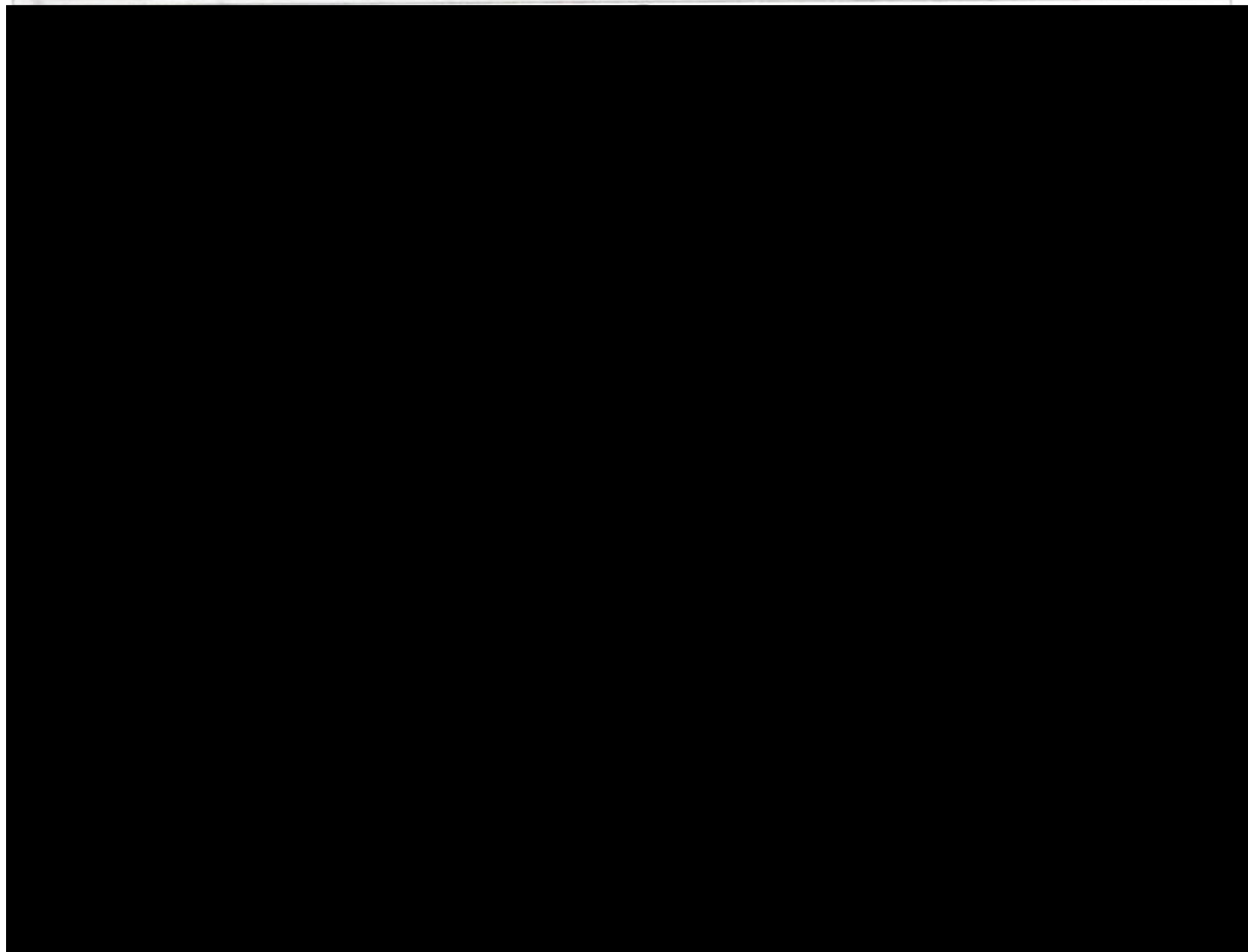
# PRLAC N°04.1

## 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 Kepán

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Ana's Nuñez	Coordinadora SAD	
Constanza González	A.C	
Alison Naguelo	Psicólogo	
Pedro Martínez	A.C - Tecnología	
Hellen Prieto	A.C	
Andrés Hefau	A.C	
María Piñero	A.C.	
Marcos Moyano	Kinesólogo	
John Pineda	A.C.	
Montserrat Aballoy Plante	Terapeuta Ocupación	
Camilo Domínguez	Kinesólogo	
Constanza Soto	A.C	
María José Camacho	A.C	
Marcos Behar	coordinadora SSEE	
Christopher Morales	gestor ocupación	
Hernán Le Queste	encargado PRLAC	

### Desarrollo



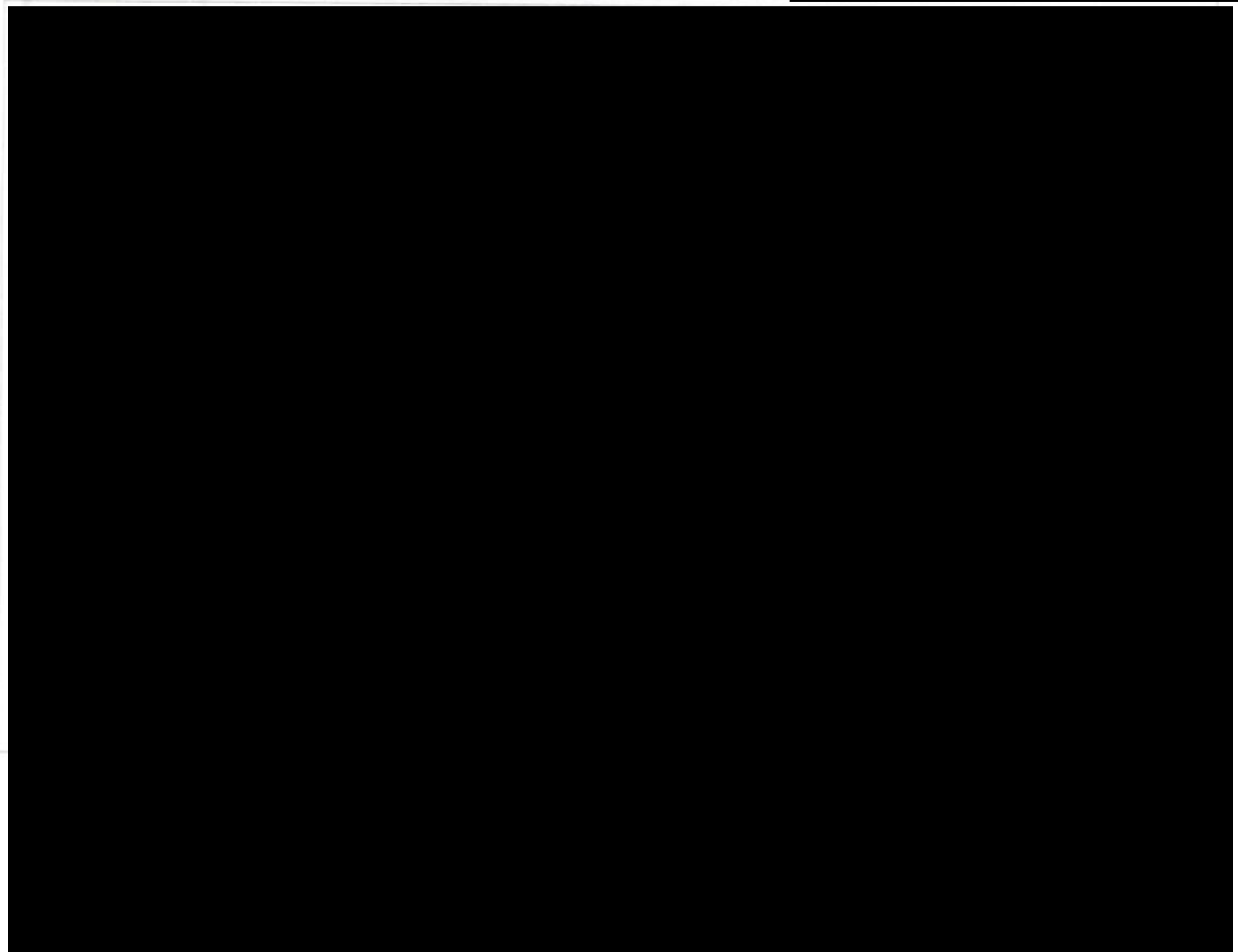
# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria Nuñez	Coordinadora SPO	
Mónica Álvarez	A.C.	
Johanna Mutis	A.C.	
Patricia Martínez R.	A.C. - Terapeuta	
Alicia Maguila	Psicóloga	
Nellín Santos	A.C.	
Macarena Molano	kinesiólogo	
Andrés Bello	A.C.	
Marié José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Monserrat Aballay Pilcant	Terapeuta Ocupacional	
Camila Denari San Martín	kinesiólogo	
Constanza Soto	A.C.	
María Bohemán	Coordinadora S.S.EE	
Christopher Arellano	gestor comunitario	
Hermano de Carre	Encargado Red PRLAC	

### Desarrollo



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

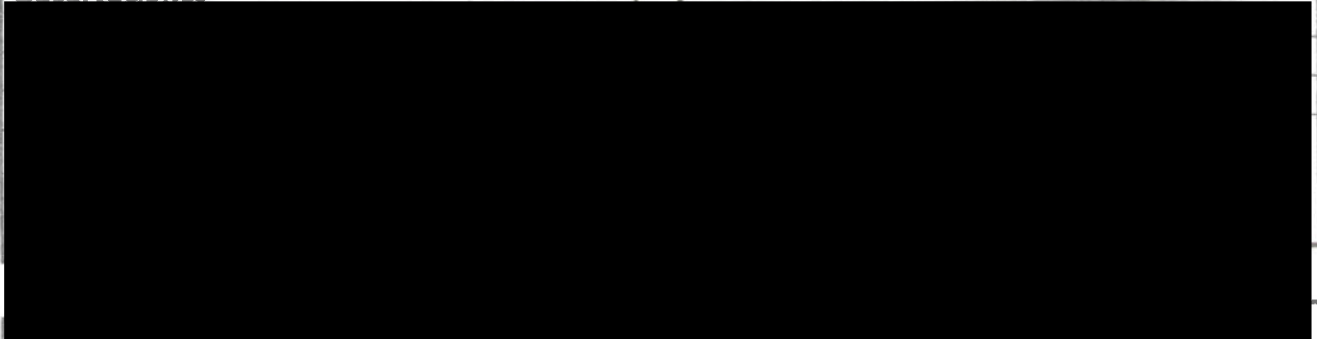
NOMBRE	Dora Acuña Astillo.
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### 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 de interés de la persona en su barrio.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

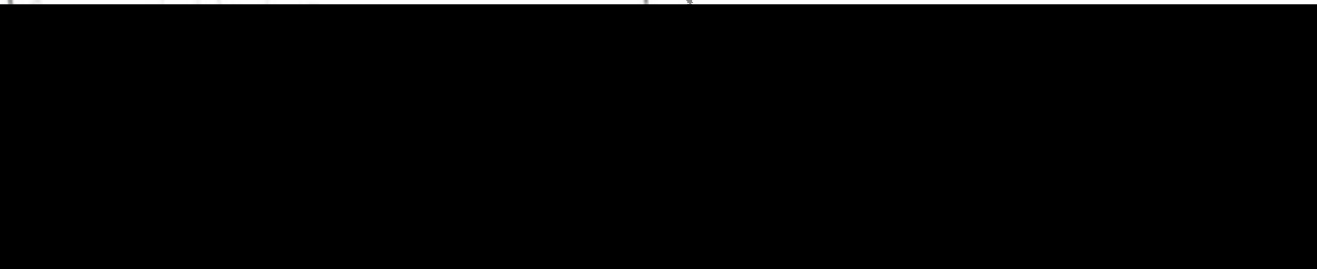
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/10/2026	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11, 13, 15, 20, 25, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/4/2026	2
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>	
11, 13, 15, 20, 25, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	



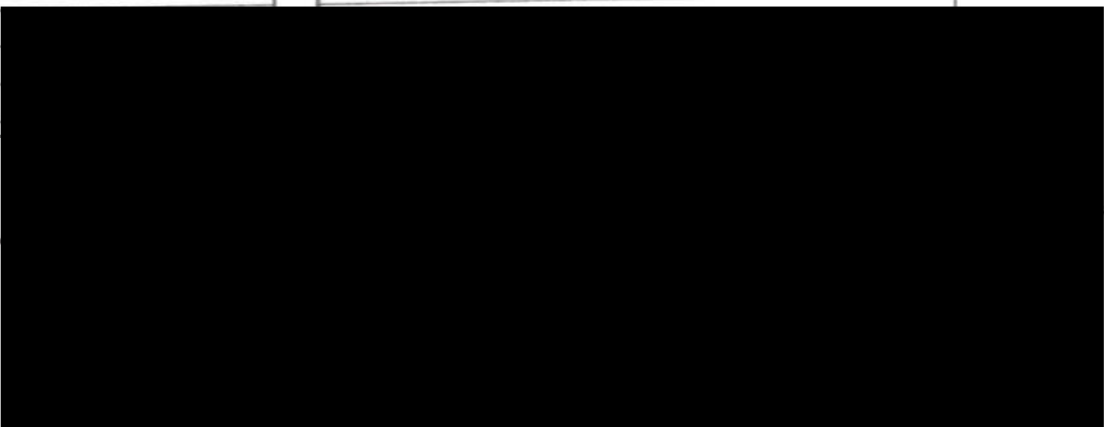
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/10/2026	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
11, 13, 15, 20, 25, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
V. r. g. a. n. y. Desempleado + Sio	

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>	



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	Firm

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

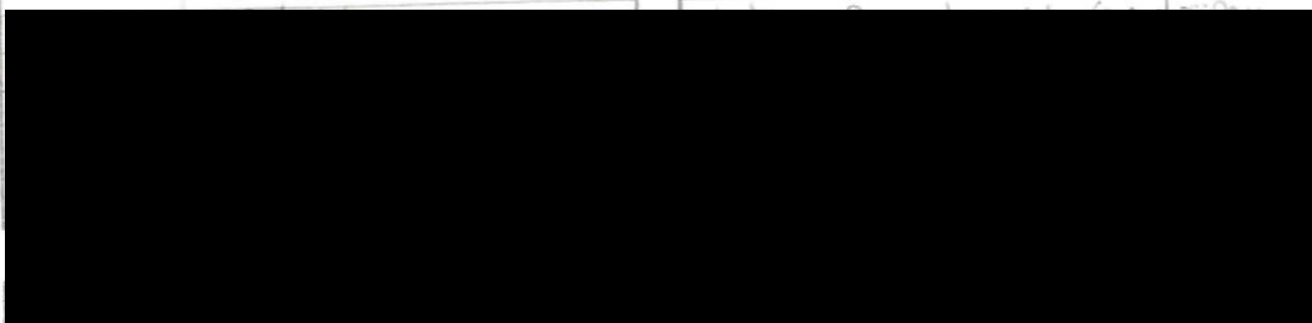
NOMBRE	Juan Abria Pado.
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### 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 de la persona y su entorno comunitario y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de promoción y de salud.

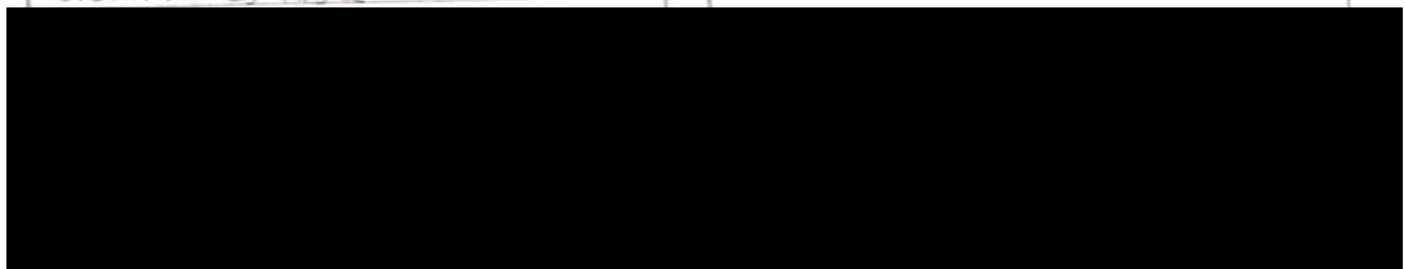
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11	
12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20	
21, 23, 24, 27	
Observaciones	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 2
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13	
14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23	
24, 27	
Observaciones	



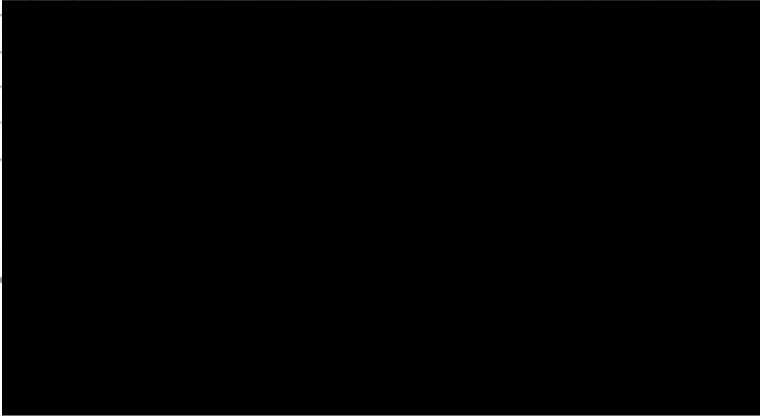
Horario: 9:00 / 12:45	Sesión: 3
Fecha de sesión: 7/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13	
14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24	
27	
Observaciones	
Usuario estable	

Horario: 9:00 / 12:45	Sesión: 4
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14	
15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 27	
Observaciones	
Usuario buenas condiciones.	



Horario: / /	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>	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: / /	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>	
Observaciones	



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

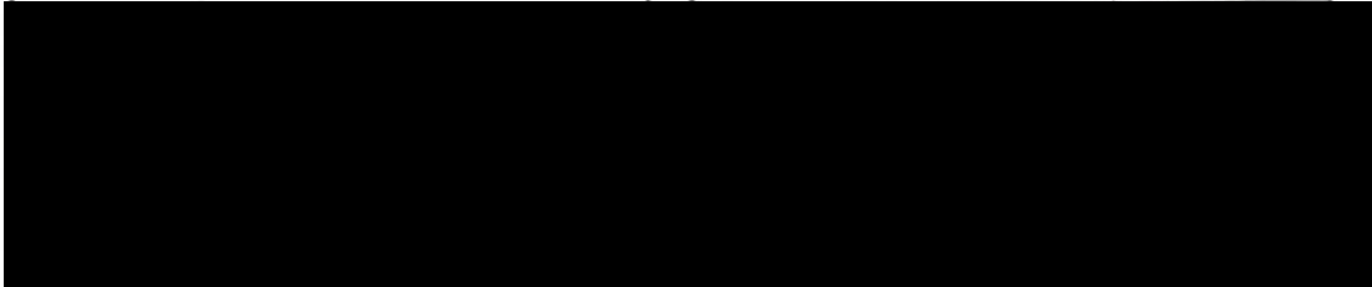
NOMBRE	Rosa Muñoz
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### 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 o de interés de la persona en el barrio.
30. Apoyo y acompañamiento y de salud.

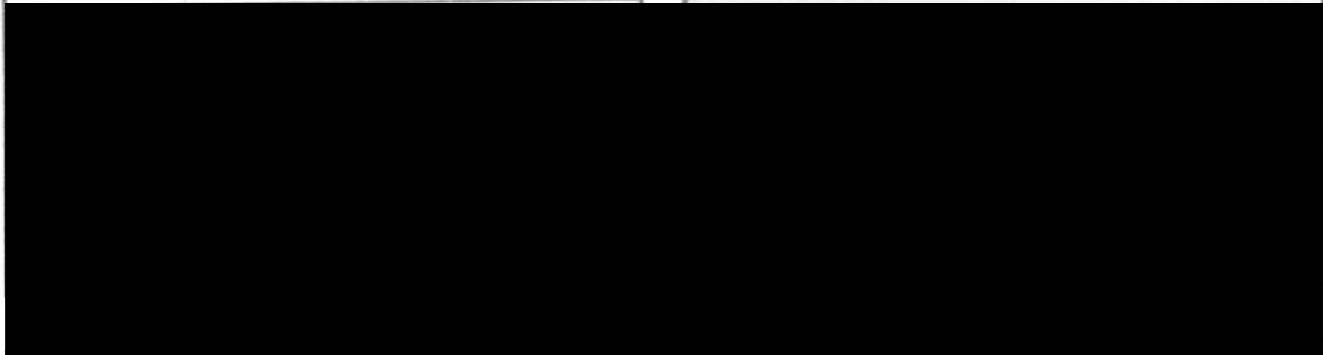
Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 23/3/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 6, 10, 11, 13, 15, 21, 23	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 30/3/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
6, 10, 11, 13, 15, 21, 23	
<b>Observaciones</b>	



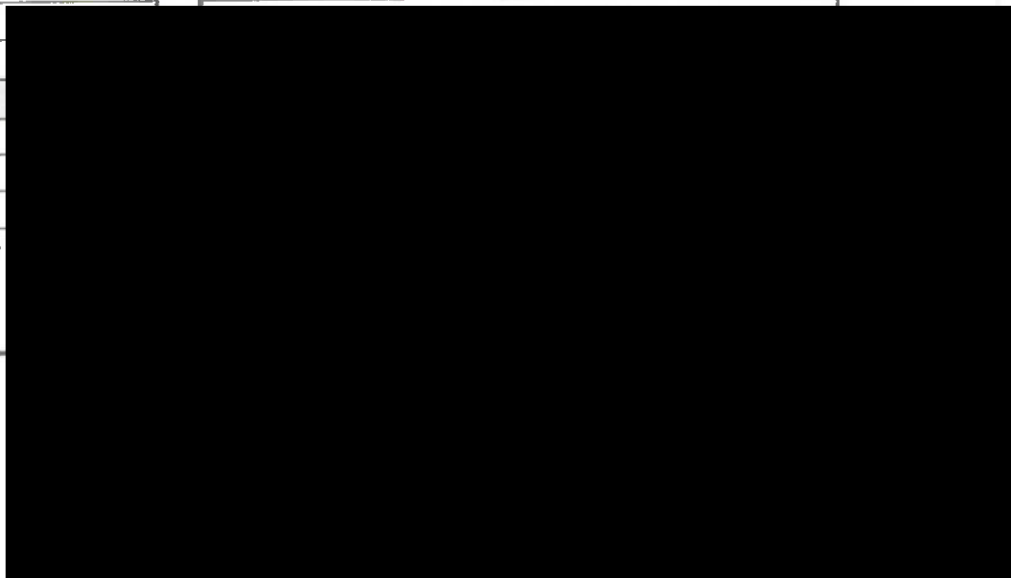
Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 6/4/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 6, 10, 11, 13, 15, 17, 26, 29	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 13/4/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
6, 10, 11, 13, 15, 21, 23	



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

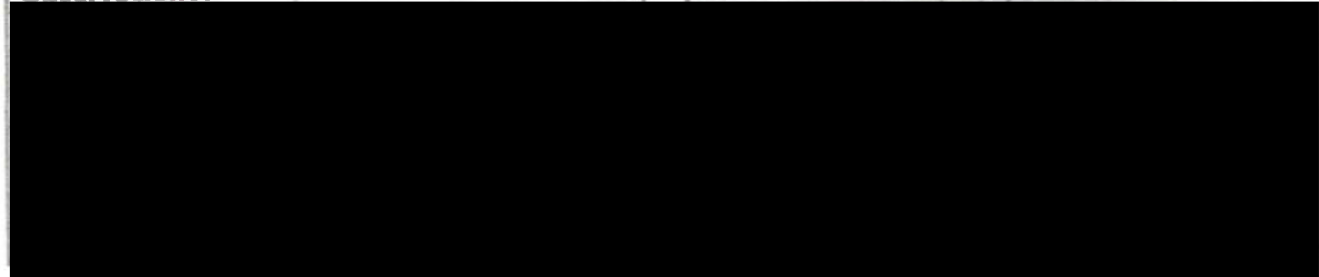
NOMBRE	Jose A. Quilica
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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

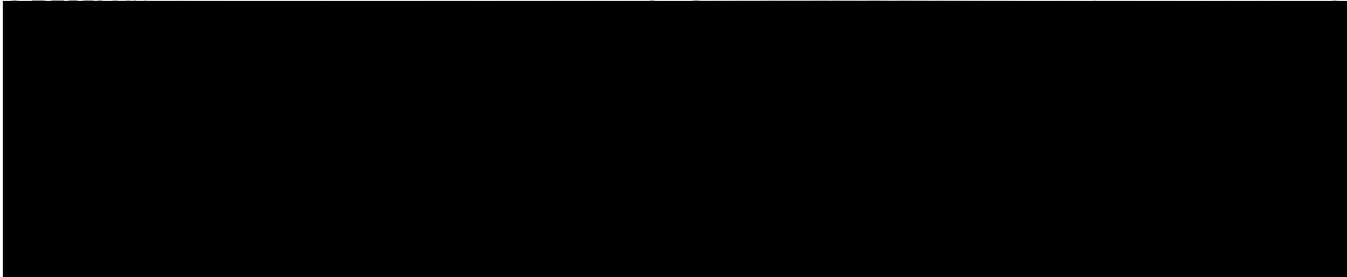
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/3/2026	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16	
19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26	
21	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/03/2026	2
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>	
6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20	
21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	
<b>Observaciones</b>	



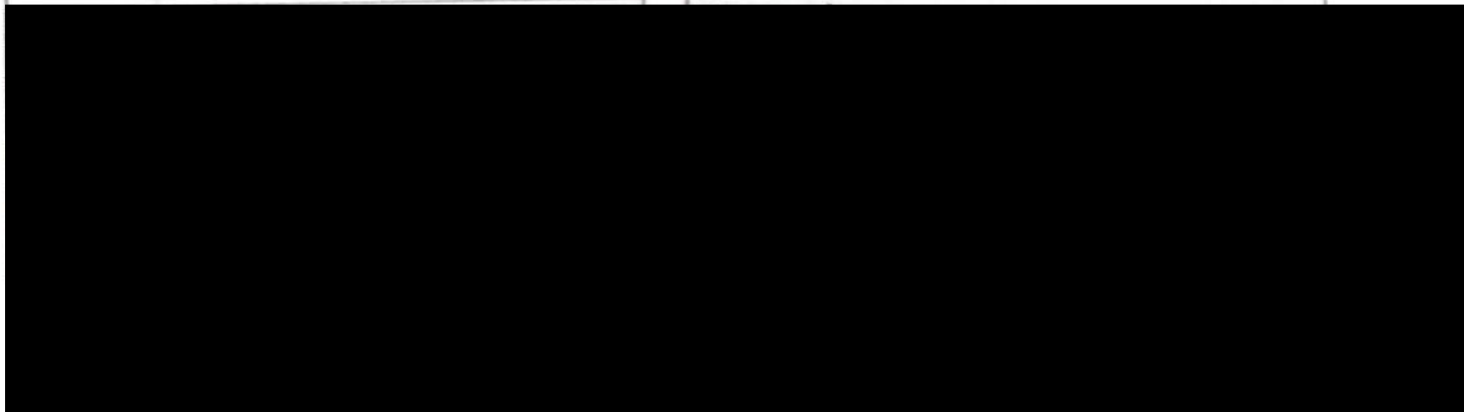
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/3/2026	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19	
20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/4/2026	4
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20	
21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	
<b>Observaciones</b>	



Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/4/2026	5
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, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20	
21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/4/2026	6
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>	
6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21	
22, 23, 24, 25, 26, 27	
<b>Observaciones</b>	



Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 7
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21	
22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 8
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21	
22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	

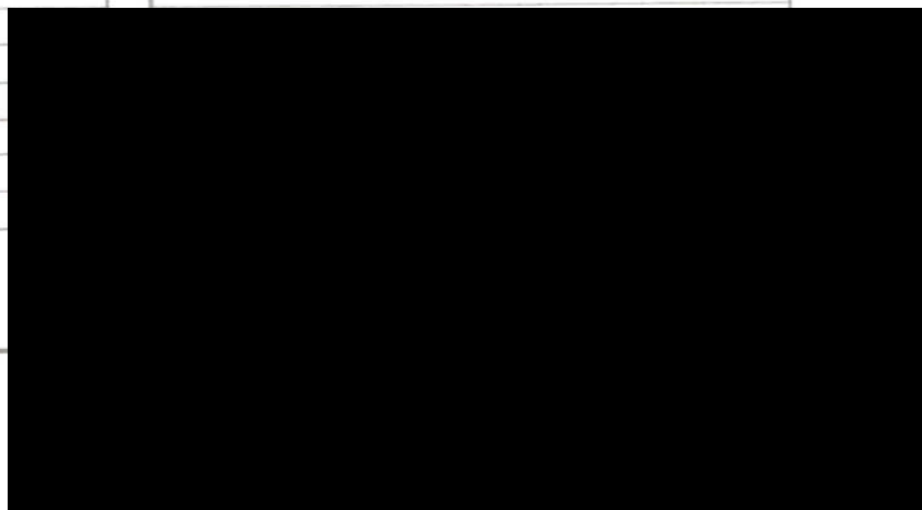


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional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

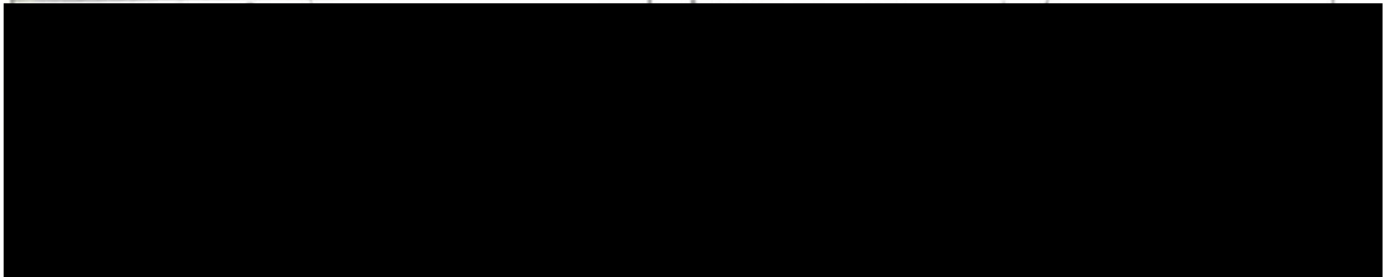
NOMBRE	Moises Navilla.
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### 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.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la persona, que se realicen en el barrio.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites y de salud.

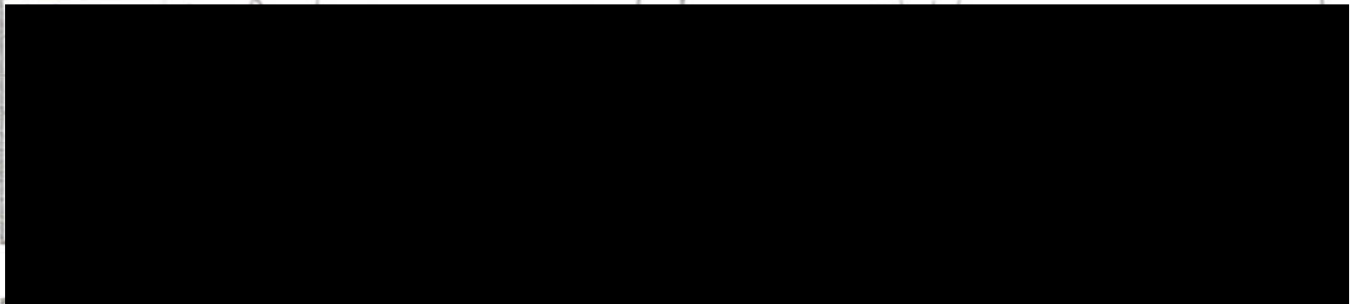
Horario: 13.15 / 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/03/2026	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 24	
25, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 13.15 / 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 31/3/2026	2
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>	
13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 24	
25, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	



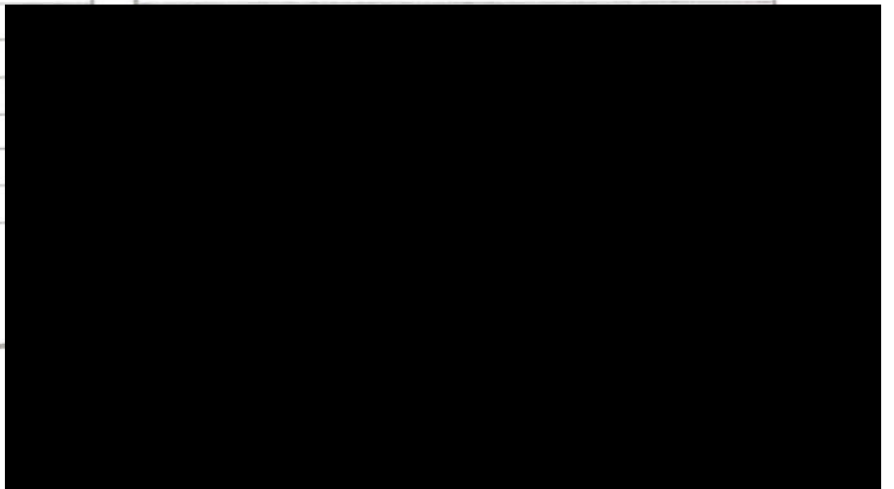
Horario: 13.15 / 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/04/2026	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 24	
25, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 13.15 / 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/2026	4
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 24	
25, 26, 29	
<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 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	Raul Lagos
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

### Plan de

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

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 1
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10, 13, 14, 15, 20, 26	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 2/04/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10, 13, 14, 15, 20, 26	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 9/4/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
13, 14, 15, 20, 26	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 16/4/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
13, 14, 15, 20, 26	

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>	