



Informe de pago mensual

Funcionario: Maria Jose Cancino Peña



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.



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



- 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

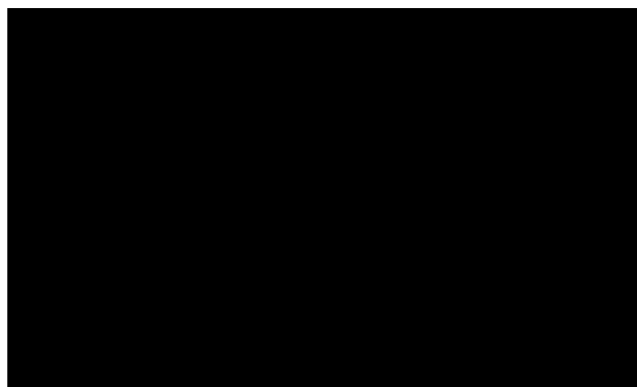


Calendario de marzo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23 Elsa Flores 09:00-12:45 hrs. -Carmen Godoy 13:15-17:00 hrs	24 Jessenia Zamorano 09:00-12:45 hrs. Rocio Aplabaza 13:15-17:00 hrs.	25 -Maria Cerda 09:00-13:45 hrs. Reunión de equipo 14:00 a 17:00	26 Elizabeth Vallejos 09:00-12:45 hrs. Carmelita Barrera 13:15-17:00 hrs.	27 Carla Delgado 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
30 Elsa Flores 09:00-12:45 hrs. -Carmen Godoy 13:15-17:00 hrs	31 Jessenia Zamorano 09:00-12:45 hrs. Rocio Aplabaza 13:15-17:00 hrs.			

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1 -Maria Cerda 09:00-13:45 hrs. Reunión de equipo 14:00 a 17:00	2 Elizabeth Vallejos 09:00-12:45 hrs. Carmelita Barrera 13:15-17:00 hrs.	3 FERIADO
6 Elsa Flores 09:00-12:45 hrs. -Carmen Godoy 13:15-17:00 hrs	7 Jessenia Zamorano 09:00-12:45 hrs. Rocio Aplabaza 13:15-17:00 hrs.	8 -Maria Cerda 09:00-13:45 hrs. Reunión de equipo 14:00 a 17:00	9 Elizabeth Vallejos 09:00-12:45 hrs. Carmelita Barrera 13:15-17:00 hrs..	10 Carla Delgado 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
13 Elsa Flores 09:00-12:45 hrs. -Carmen Godoy 13:15-17:00 hrs	14 Jessenia Zamorano 09:00-12:45 hrs. Rocio Aplabaza 13:15-17:00 hrs.	15 -Maria Cerda 09:00-13:45 hrs. Reunión de equipo 14:00 a 17:00	16 Elizabeth Vallejos 09:00-12:45 hrs. Carmelita Barrera 13:15-17:00 hrs.	17 Carla Delgado 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 ^h a 17 ^h
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan Corono Melipilla 908.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anaís Valenzuela	coordinadora SAI	
Vallen Fuentes	A.C	
John Nivin Rojas	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Tonila Vivera	A.C	
Alejandra Lefae	A.C	
Raúl José Cavallero	A.C	
Patricia Martínez R	A.C - Pedagogía	
Constanza Soto	A.C	

Desarrollo

- Se realizó reunión con Asistentes de Cuidado, en la jornada, se revisa y actualiza el registro de atenciones en plataforma Músculo, junto con el uso de matriz de seguimiento y registro en cuaderno de campo
- Se recepciona solicitudes y requerimientos por parte de los Asistentes de Cuidado, los cuales son abordados mediante la correspondiente gestión de casos y coordinación de acciones
- Se refuerza el sistema, se garantiza la continuidad



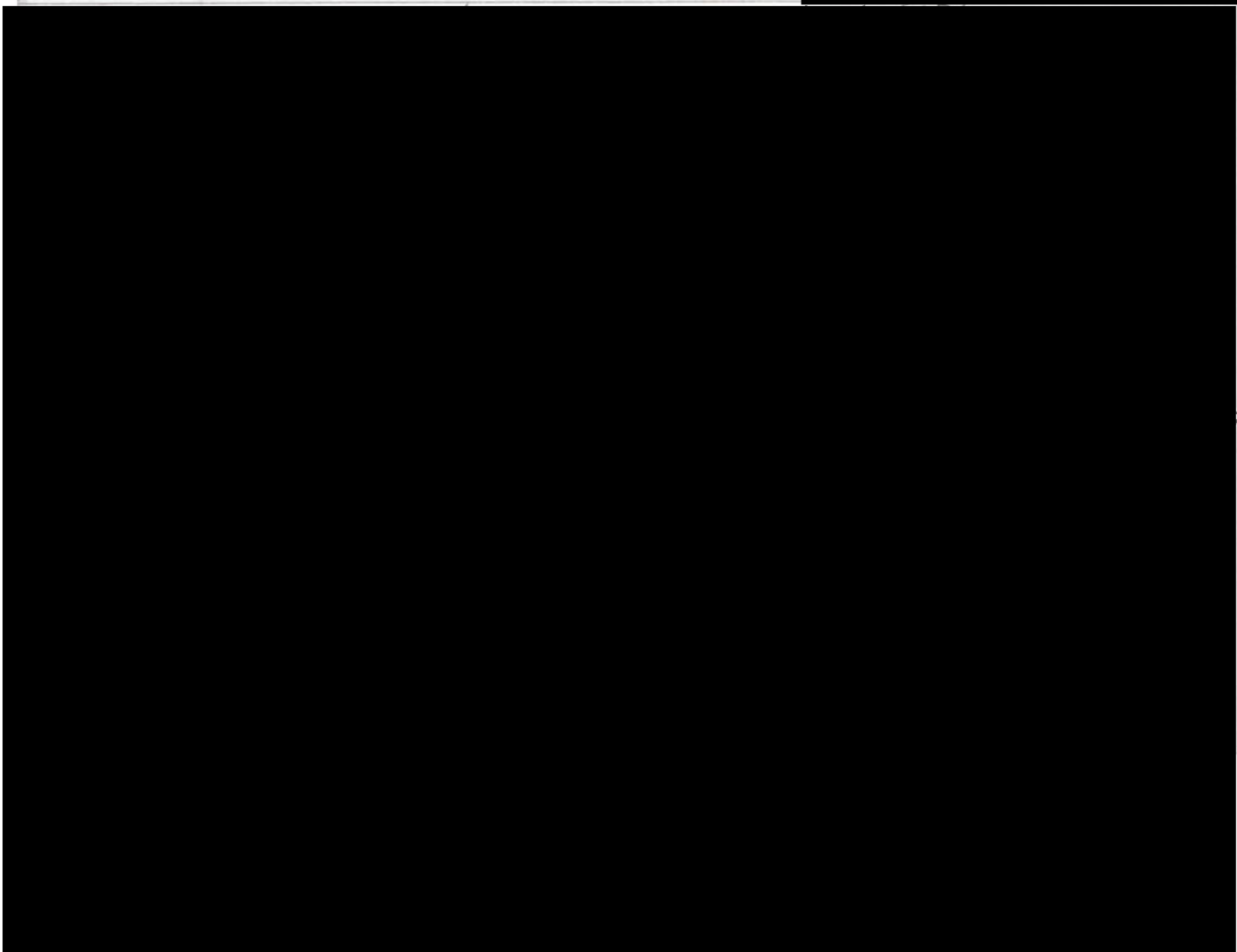
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Rivera	A.C	
Schenna Ruiz	A.C	
Hellen Fuentes	A.C	
Christopher Morales	tercer coordinador	
Maria Camero	A.C	
Alondra Leño	A.C	
Constanza Gonzalez	A.C	
Constanza Soto	A.C	
Rosalia Bahamondes	Coordinadora SSEE	
Patricia Inzunza	A.C - Psicóloga	
Alison Diqueto	Psicóloga	
Macarena Hoyos	Kinesiólogo	
Margarita Abailay Pilcast	Terapeuta Ocupacional	
Barbara Dorris San Martín	Terapeuta Ocupacional	
Hernán de Casne	Encargado PRLAC	

Desarrollo





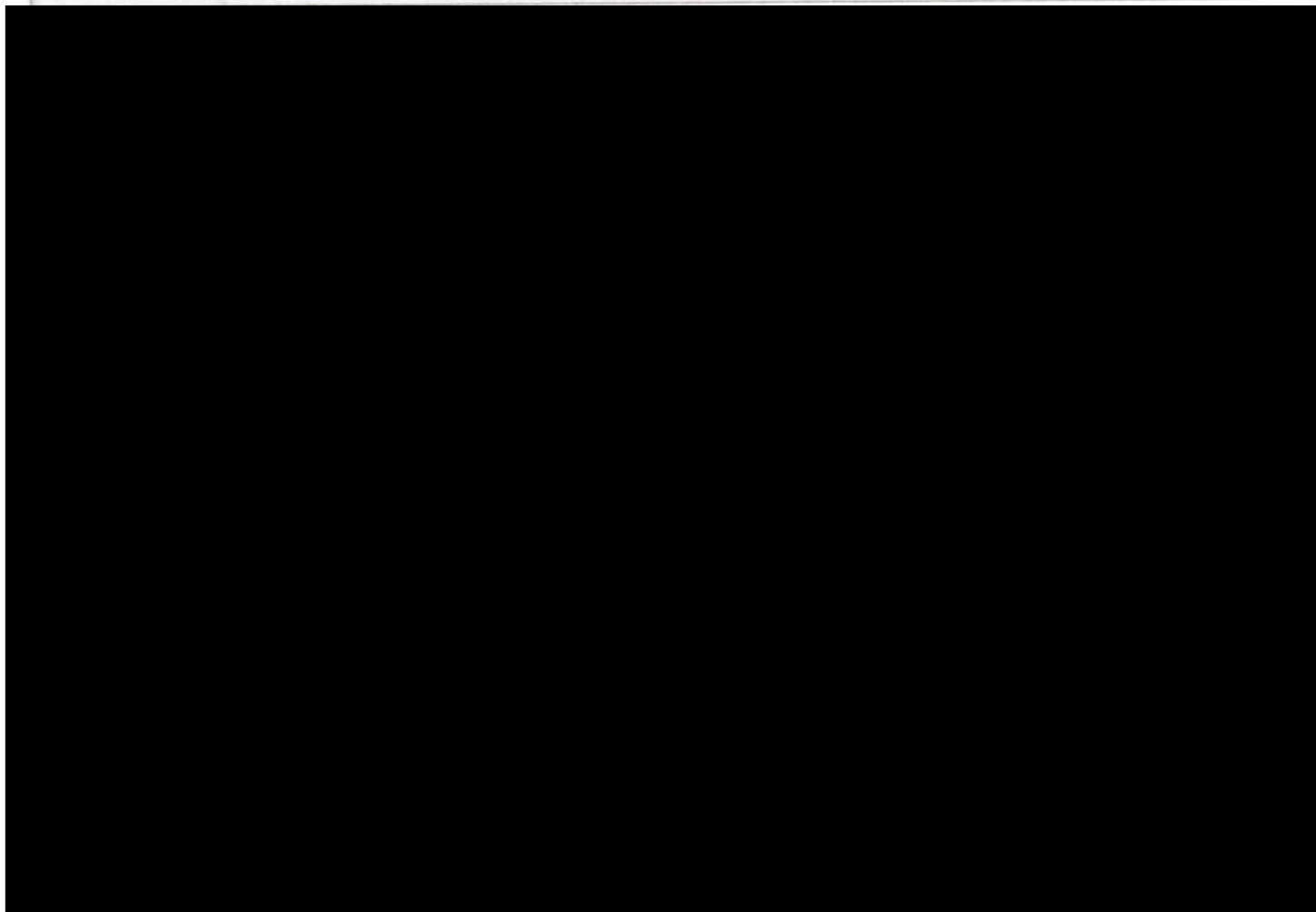
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANITA NAVARRETE	Coordinadora SAY	
Tatiana Montoya R	A.C - Pede Lga	
Abandva hefno	A.C	
Ilarié fse Cavero	A.C	
Consuelo Gonzalez	A.C	
SOHIA NINA MOTIS	A.C	
Mónica Rivera	A.C	
Hellen Ravello	A.C	
CONSTANZA SOTO	A.C	

Desarrollo



Nombre y firma responsable

Copia Fiel Al original



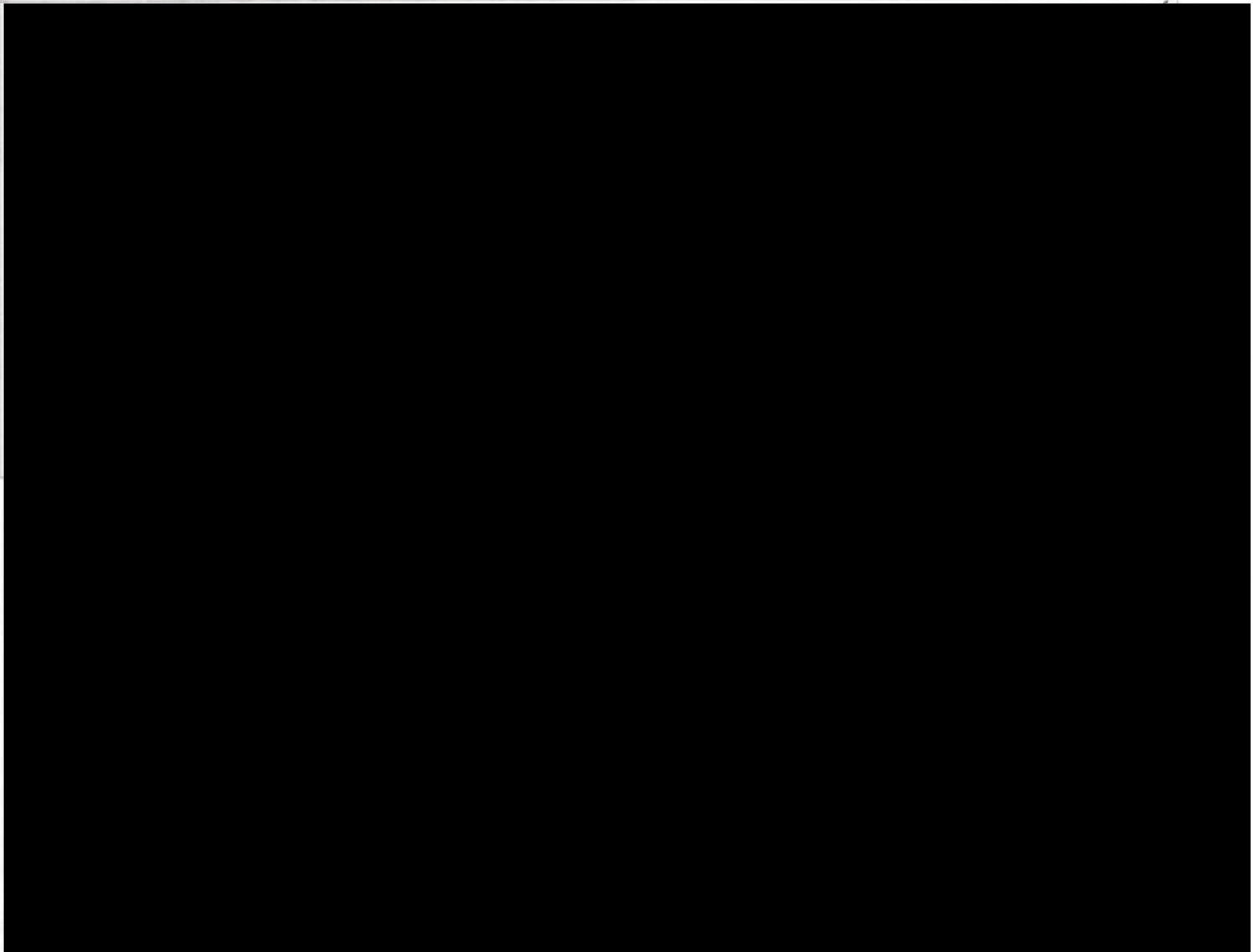
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	08/04/26
Hora	14 ⁰⁰ e 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carretero Melipalle 908 Casa 1001am

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
ANA MARCELO	Coordinadora SD	
Alondra Lefao	A.C.	
Hellen Cuanto	A.C.	
JOHANNA HURTADO	A.C.	
Patricia Hurtado R.	A.C. - Psicóloga	
Patricia Jabe Cabezas	A.C.	
Toniela Divina	A.C.	
Constanza Gonzalez	A.C.	
Constanza Soto	A.C.	

Desarrollo





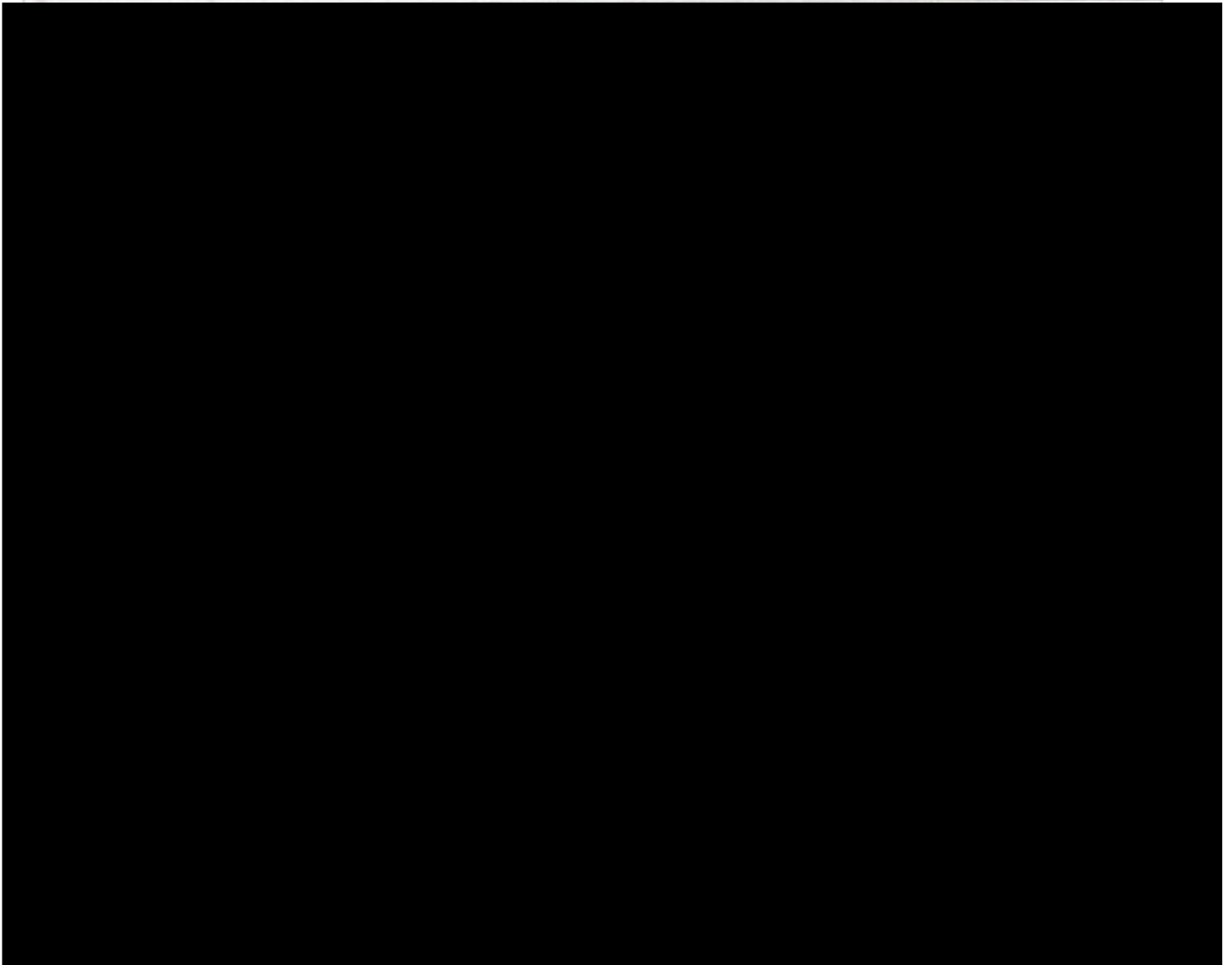
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	10/04/26
Hora	1400 e 1700
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Carino Relip/la 908, Oficina Koplow

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Nuñez	Coordinadora SAI	
María José Cancio	A.C	
Patricia Martínez R	A.C - Psicóloga	
Hellen Flores	A.C	
Constanza González	A.C	
María Rivera	A.C	
JOHANNA HURTADO	A.C	
Alondra Hefeo	A.C	
Constanza Soto	A.C	

Desarrollo





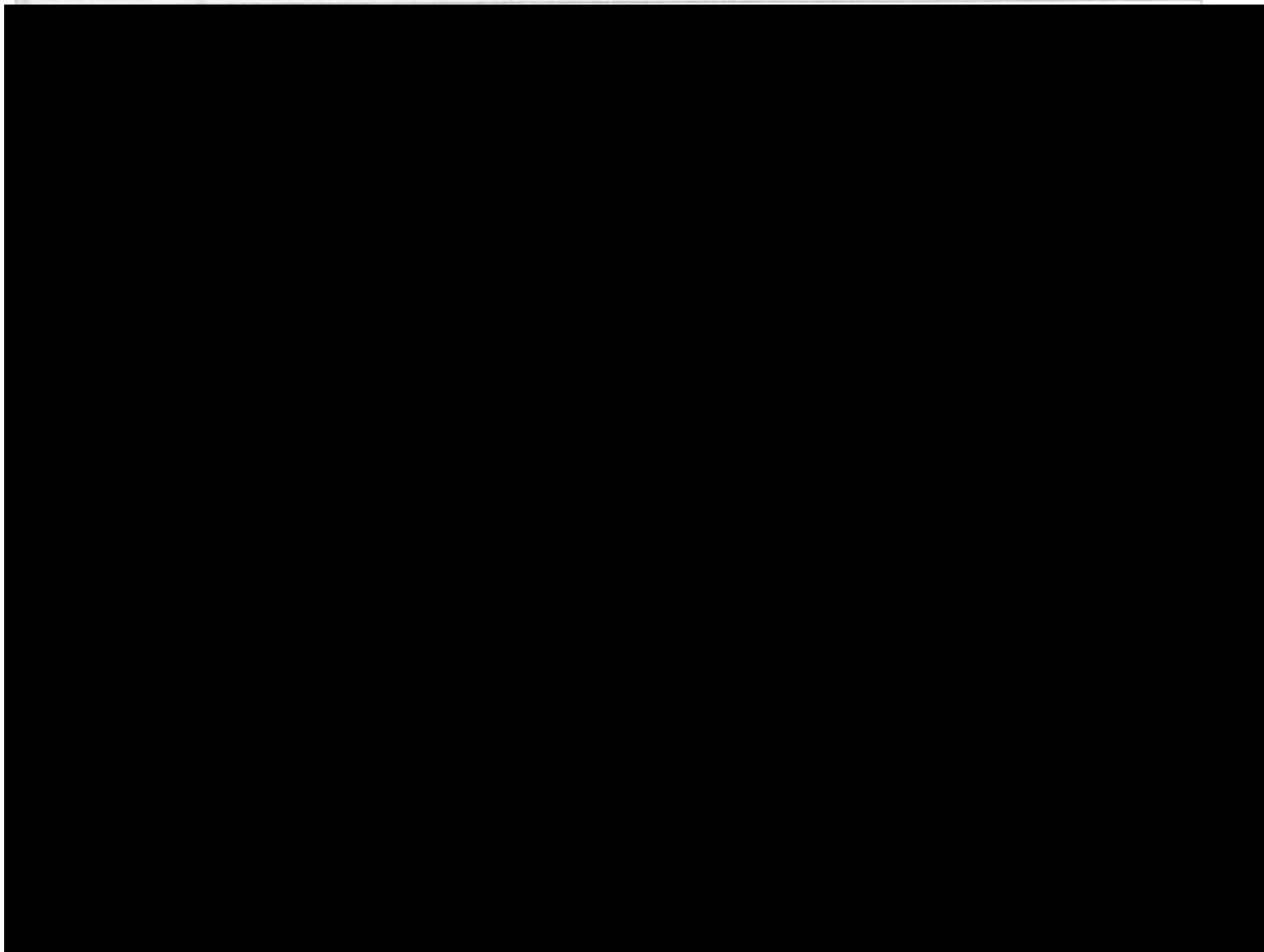
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Alicia Nuñez	Coordinadora SAD	
Constanza González	A.C	
Nelson Mujica	Psicólogo	
Patricia Martínez	A.C - Pedagogía	
Valeria Prieto	A.C	
Isabella Kefau	A.C	
Amelia Reyes	A.C	
Marcos Moyano	Kinesólogo	
Solimar Rojas	A.C	
Montserrat Aballoy Pizarro	Terapeuta Ocupacional	
Camilo Donatou Javalita	Kinesólogo	
Constanza Soto	A.C	
Clarice José Camacho	A.C	
Marcia Beharovich	Coordinadora SSEE	
Christopher Morales	Gestor Comunitario	
Hernán de Orosne	Encargado PRLC	

Desarrollo



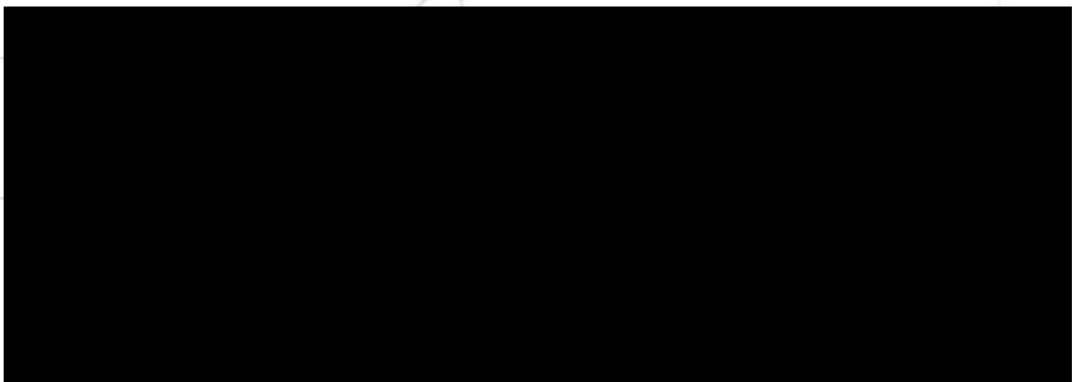
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anaís Nuñez	Coordinadora SMO	
Monica Rivera	A.C.	
Johnna Rojas	A.C.	
Patricia Martínez	A.C. - Tecnología	
Alfonso Aguilar	Psicólogo	
Nella Rojas	A.C.	
Macarena Molano	Kinesiólogo	
Andrés Bello	A.C.	
María José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Monserrat Abalayo Pilante	Terapeuta Ocupacional	
Camila Denise San Martín	Historiadora	
Constanza Soto	A.C.	
Mariana Bohannons	Coordinadora SS.EE	
Christopher Rojas	gestor comunitario	
Hermano de Quirino	Encargado Red PRLAC	

Desarrollo



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Lucio Tapalaza
RUT	[REDACTED]
ID	107112

Plan de Apoyo SAD

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

Horario: 13:15 - 17:00	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"/>	
SAD Actividades	
7-10-13-19-23-26-27-23	

Horario: 13:15 - 17:00	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"/>	
SAD Actividades	
7-8-10-11-13-16-19-22 26-27	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión 3
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	
8-10-11-13-16-19-22-26-27	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de 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"/>	
SAD Actividades	
7-8-10-11-13-16-19-22-26 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:	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	JESSENIA ZAROBANO
RUT	[REDACTED]
ID	55523

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, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en el uso de los servicios sociales y de salud.

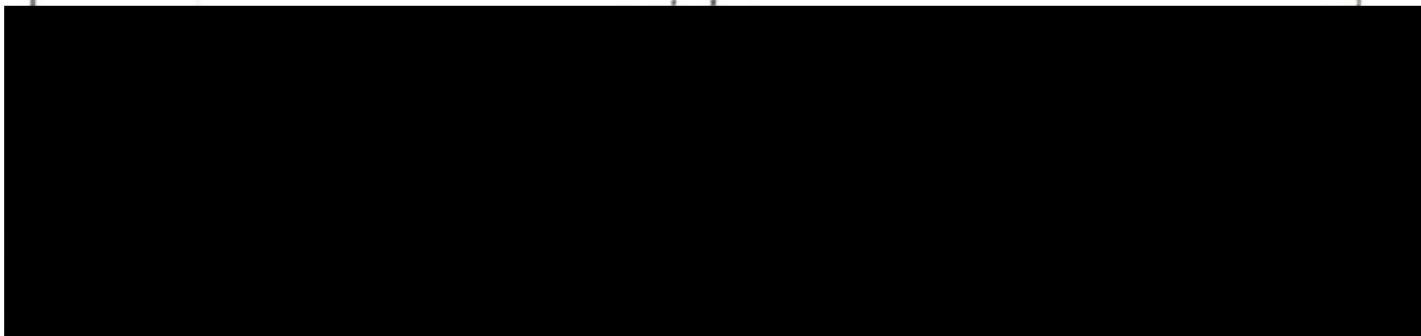
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 24/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
7 - 10 - 11 - 15 - 18 - 20 - 24 - 26	

Horario: 09:00 - 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"/>	
SAD Actividades	
7 - 10 - 12 - 13 - 15 - 16 - 20 24 - 26 -	



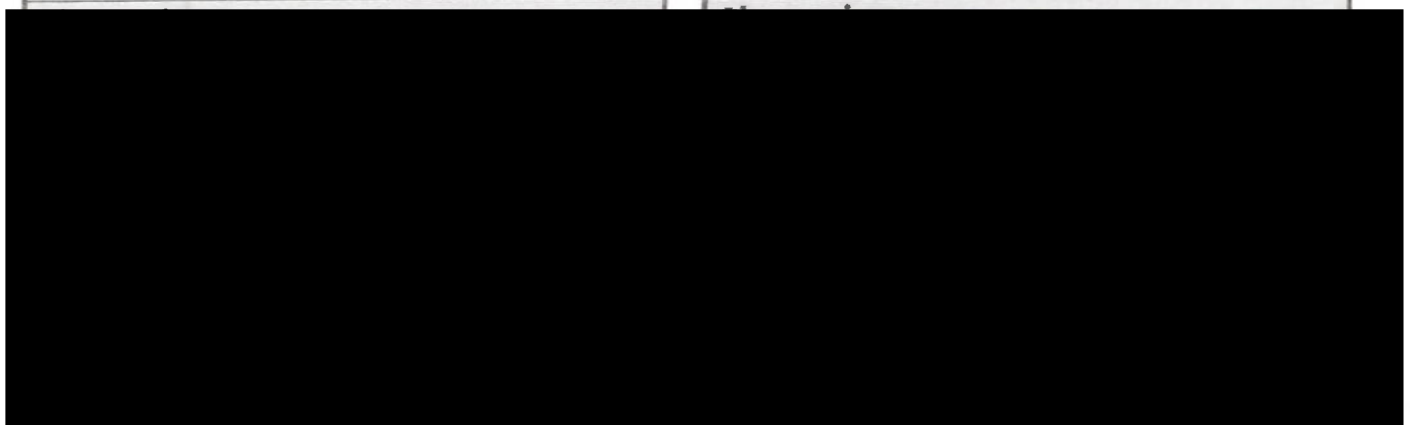
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 07/04/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
USUARIA CANCELA ATENCIÓN por realice	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de 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"/>	
SAD Actividades	
6 - 7 - 10 - 11 - 13 - 15 - 16 20 - 24 - 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"/>	
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

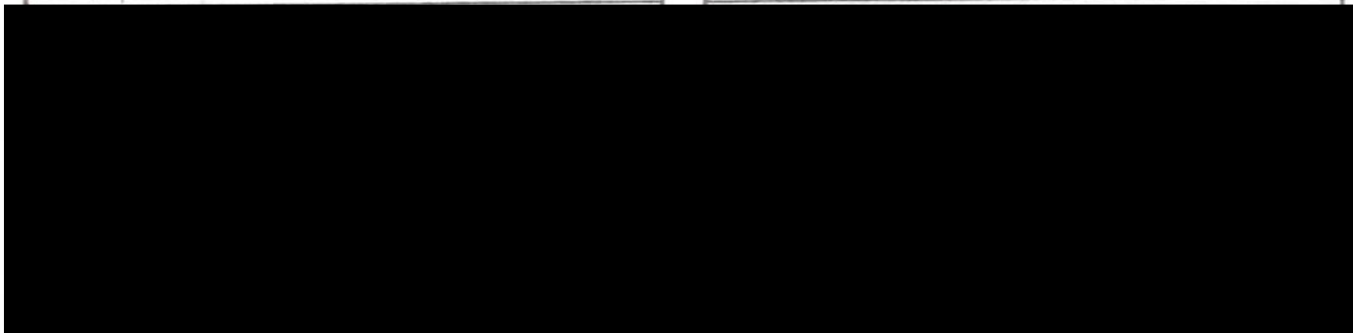
NOMBRE	CARITEN Godoy PONCE
RUT	28.707
ID	[REDACTED]

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, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales y de salud.

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 23/03/26	
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	
3-4-11-13-16-22-25-26	
27	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 30/03/26	
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	
3-4-11-13-16-22-	
25-26-27-28	



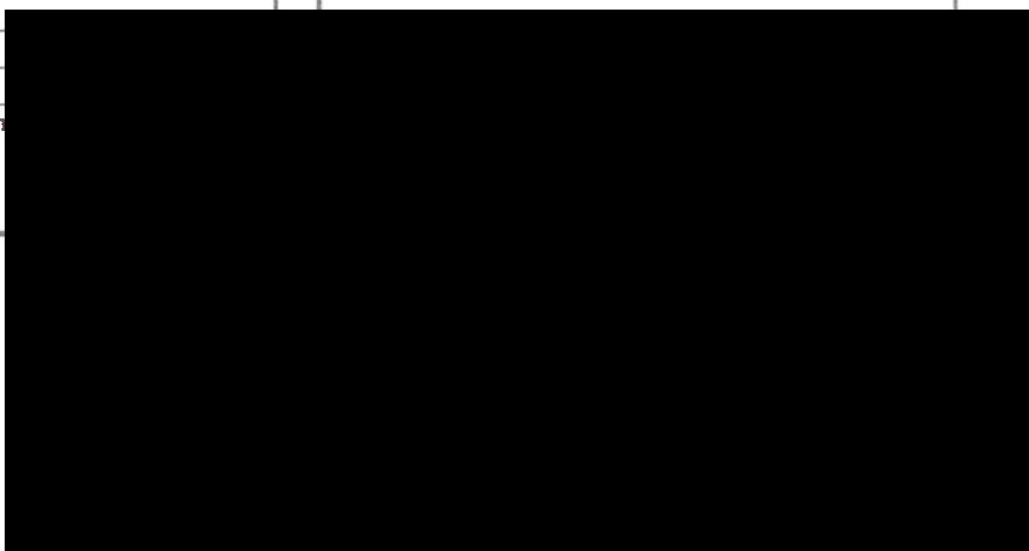
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 06/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
3-4-5-11-13-16-20-21	
22-24-25-26-27	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión: 4
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	
3-4-5-11-13-16-20-21	
22-25-26-27	



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	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma

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	FLOR ILORES
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 el barrio.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 23/03/2026	
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	
2-7-10-11-15-24-25-	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 2
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	
2-7-10-11-15-24-25	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 3
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	
1-2-4-5-7-10-11-13-15	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 4
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	
1-2-4-5-6-7-10-11	
13-15-17-21-24-27	

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:	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	Elizabeth Valles Merino
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 religiosas o de interés de la persona en su comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 09:00 - 12:45	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"/>	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 2
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"/>	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 3
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	
2-4-5-7-8-9-10-11	
15-19-22-27-28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión 4
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	
9-10-11-12-15-19	
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	

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	CARLA DELCADO
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

d
2
h
2
2
o
b
3
y

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/03/2026	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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 4 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 25 - 26 - 27 - 28	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: 03/04/2026	2
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	
Finalizado	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/04/2026	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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 4 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 25 - 26 - 27 - 28	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/04/2026	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"/>	
SAD Actividades	
2 - 4 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 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	

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	CARMELITA BARRERA SOBARSO
RUT	[REDACTED]
ID	201.658

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 cal [REDACTED]
29. Apoyo o acompañamiento [REDACTED]
o de interés de la persona [REDACTED]
barrial.
30. Apoyo y acompañamiento [REDACTED]
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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
21 - 22 - 26 - 28	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 02/04/2026	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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
21 - 22 - 26 - 28	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 09/04/2026	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"/>	
SAD Actividades	
7 - 8 - 10 - 11 - 12 - 13 - 15	
16 - 17 - 21 - 26 - 29	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/04/2026	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"/>	
SAD Actividades	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
16 - 17 - 21 - 26 - 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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	

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

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	José Carlos
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 [REDACTED]
29. Apoyo o acompañamiento [REDACTED] o de interés de la persona en el barrio.
30. Apoyo y acompañamiento [REDACTED] y de salud.

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión 1
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	
2-3-5-7-8-10-11-12	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión 2
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	
2-3-5-7-8-10-11	

Horario: 09:00 - 13:00	N° de Sesión 3
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	
2-3-5-7-10-11-12-15	
16-20-25-27-28	

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: 09:00 - 13:00	N° de Sesión 4
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	
2-3-5-6-7-10-11-12	
15-16-20-25-26-27-28	

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	