



INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionario: Monserrat Elizabeth Aballay Pilcante



Cargo: Terapeuta Ocupacional

Mes Correspondiente: Abril 2026

De acuerdo con la gestión encargada mediante contrato de honorarios suscrito con la Municipalidad de Padre Hurtado - Dirección de DIDECO se ha encomendado los siguientes cometidos para el año 2025-2026:

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de Terapia Ocupacional, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.
- Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.
- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.

Actividades de acuerdo a los cometidos:

- **Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de psicología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.**

Se realizó atención de Terapia Ocupacional y plan de intervención asociado al programa usuarios de los cuales:

Calendario de actividades mes Marzo

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23	24	25 Margarita Arroyo Margarita Lineros Alicia Lepe Zulema Isla	26 Ana Gutiérrez José Aguilera José Manuel Cardoza Maite Sepúlveda	27 Marcelo Zúñiga Jesenia Zamorano Juana Menares Héctor Latorre



Calendario de actividades mes Abril

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
30 Trabajo Administrativo	31 Trabajo Administrativo	01 Trabajo Administrativo	02 Trabajo Administrativo	03 Feriado Legal
06 María Núñez Alicia Díaz (F) Carlos Castillo Jorge Díaz Rosa Rivas Francisca Cabezas	07 José Aguilera Taller de adulto mayor "El Ensueño"	08 Guillermina Lara Rosa Espinoza Reunión de equipo SS.EE.	09 Oscar Barrueto María Cerda Purísima Comejo	10 Rosalba Martínez Luis Martínez Teobalda Altamirano Aylén Valenzuela Roció Apablaza
13 Margarita Lineros Rosa Tobar Fresia Tobar Hermann Ortiz Eduardo Molina	14 Juan Gallardo Luis Velásquez Ana Zapata Segundo González Juan Arriagada Cristian Venegas	15 Sebastián Henríquez Agustín Hernández Julieta Hernández Ihan catalán	16 Oscar Ortiz Taller de adulto mayor "Las clavelinas"	17 Marcos Catalán Juan Arenas Reunión de equipo PRLAC
20 José Aguilera Carla Delgado Mario Vásquez Nancy Lagos María Rencer	21 Ema Toro Silvana Jerez	22 Evaristo Cea Leonides Barrera Margarita Arroyo Alicia Lepe Zulema Isla José Luis Mori	23 Sergio Salas Ana Gutiérrez Trabajo administrativo	

La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención de Terapia Ocupacional.

- **Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.**

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

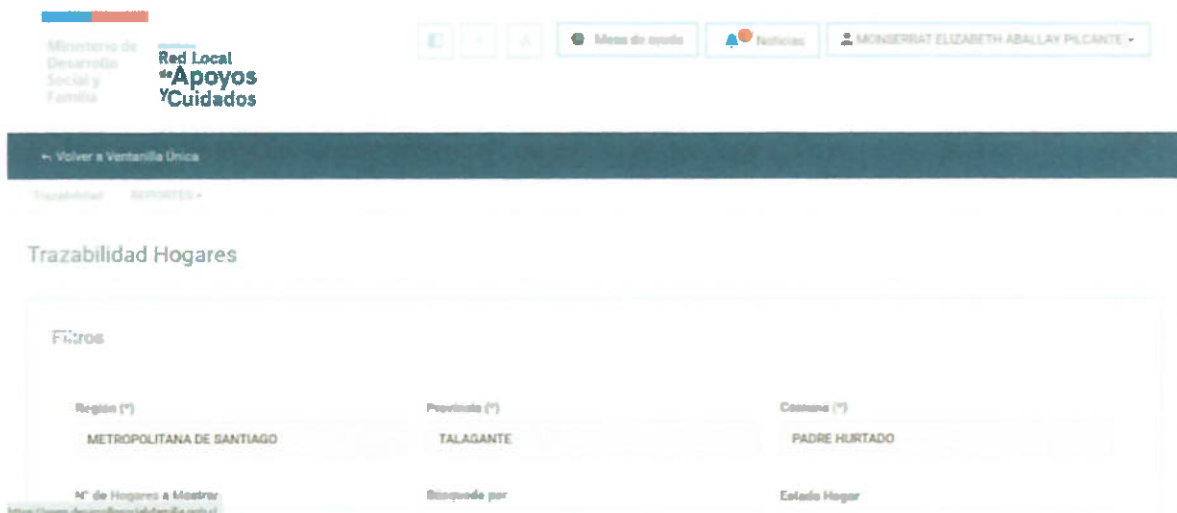
Reunión equipo PRLAC donde se registran nuevos ingresos y se entrega información relevante.

- **Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.**

Se está realizando planificación de las fechas y los lugares para los talleres programados durante el presente año.

- **Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.**

Se realizan informes y se ingresa a plataforma Red Local de apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo social y Familia.



- **Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.**

Se realiza trabajo administrativo y la gestión de casos en conjunto con la coordinación del programa, agendando visitas en los nuevos domicilios.

- **Participar en actividades solicitadas por DIDECO.**

Por rotación de participación, este mes no me ha correspondido participar, se espera participar en actividades el próximo mes.

- Se participa en talleres de club de adulto mayor los días martes 7 y jueves 16 de abril.

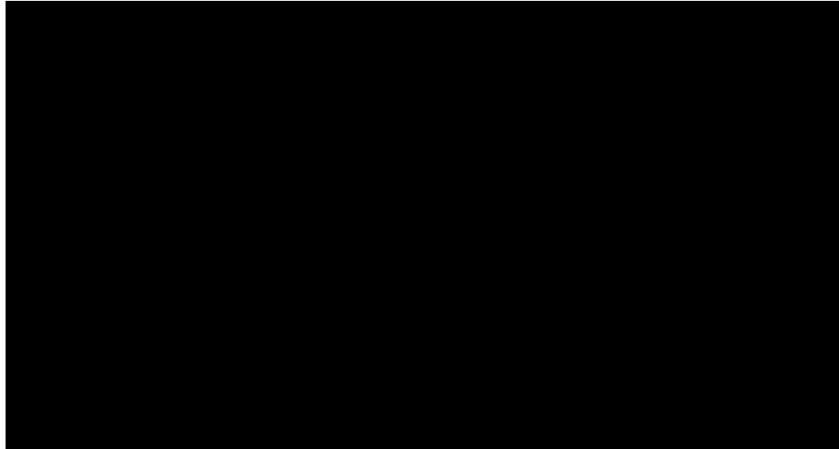




DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**



TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 30/03 - 31/03 - 01/04 - 02/04

Hora 8:30 - 5:30 hrs.

Comuna Pedro Hurtado.

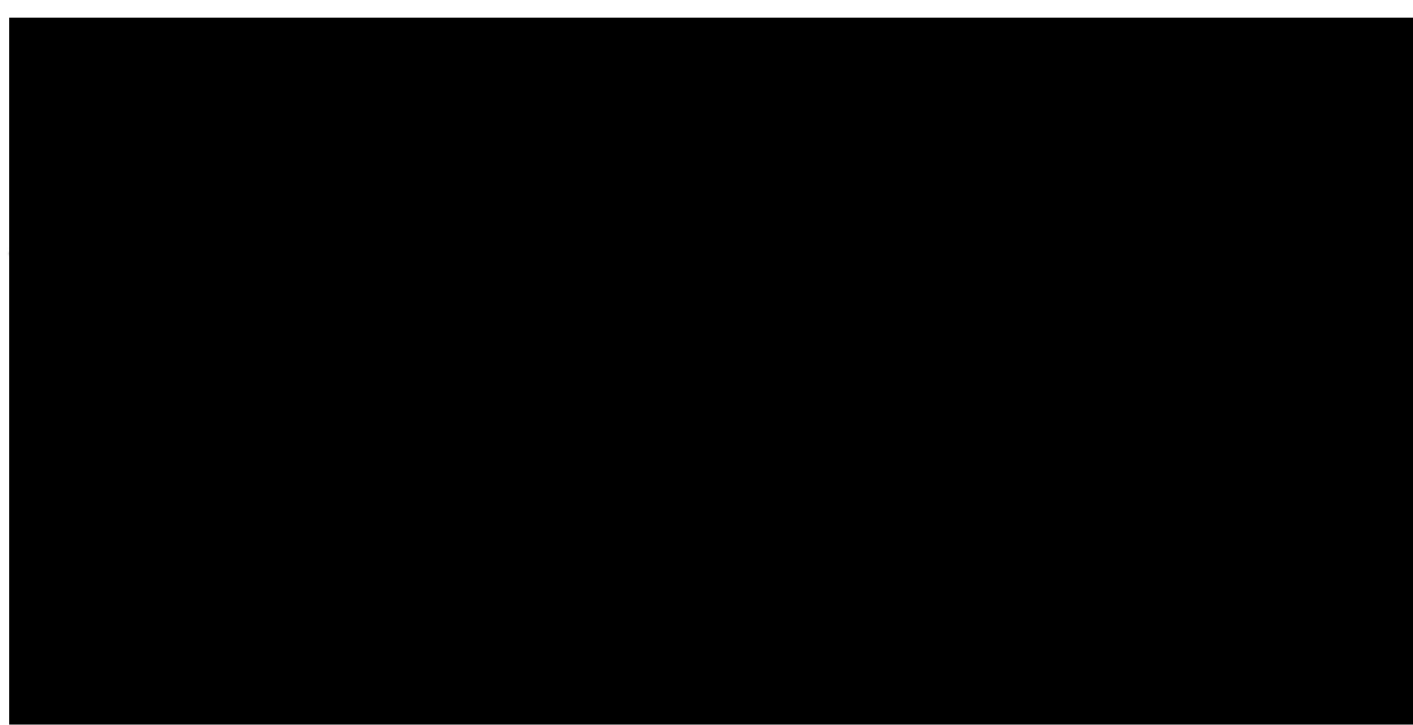
Lugar de realización Casa Kaplan.

Participantes



Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Macarena Mayano Fuentes	Kinesiología	[Redacted]
Alison Najolo	Psicóloga	[Redacted]
Montserrat Abellay Pilcare	Terapeuta Ocupacional	[Redacted]

N°	Temas de trabajo
	Gestión de Casos.
	Actualización patologías Ureacrisis





Red Local
de Apoyos
y Cuidados



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	08 Abril 2020
Hora	14:00
Comuna	Puerto Bustos
Lugar de realización	Casa Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Amelia Dávila	Psicóloga, PRLAC	
Macarena Moyano	Psicóloga, PRLAC	
Alison Arellano	Psicóloga, PRLAC	
Konstantin Atalaya Pilate	Terapeuta Comunitario	

N°	Temas a tratar en reunión
	Planificación visita nuevos ingresos
	Geolocalización rutas
	Gestión de casos → <ul style="list-style-type: none"> - Derivación otros profesionales - Derivación Casos de Oficiarios - Solicitudes Agudas.



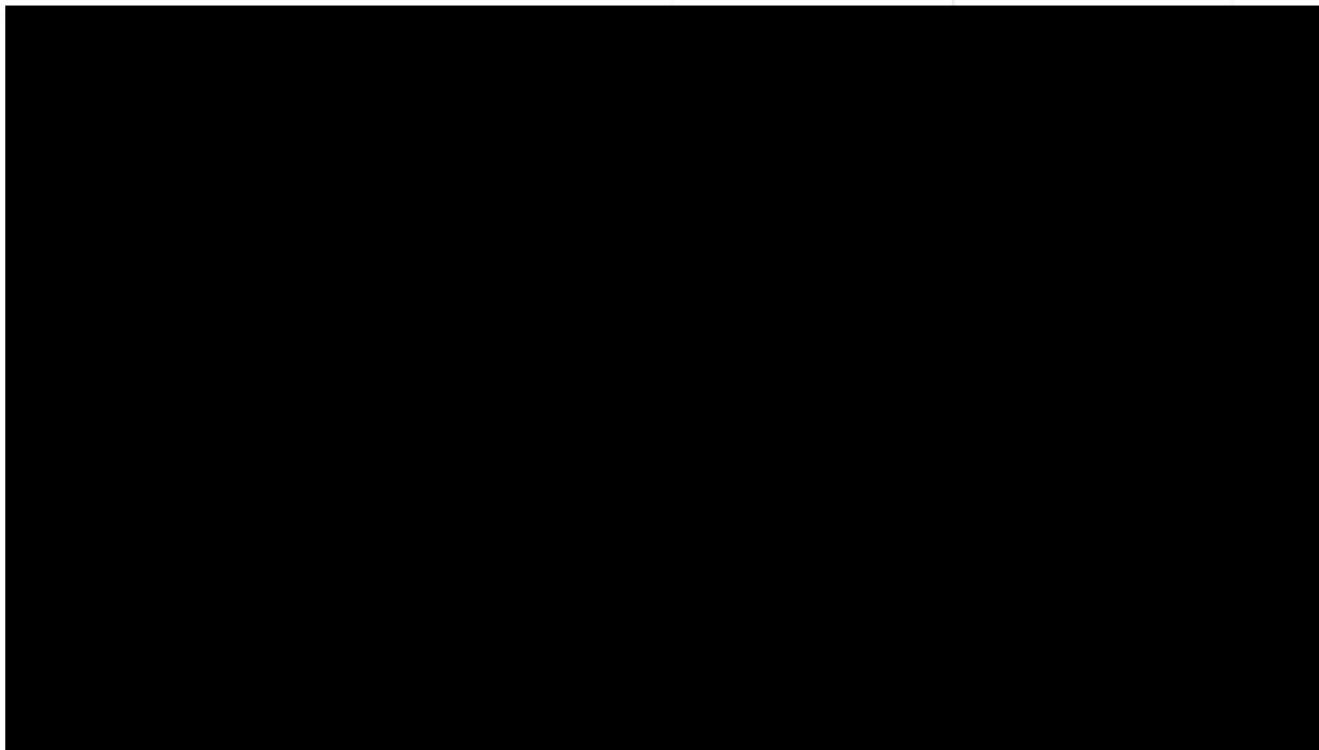
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Desarrollo

- Reunión de desarrollo en terreno y lugares designados.
- Se aclararon dudas y se actualizó agenda.
- Se derivaron casos complejos a Cestem para actualizar controles médicos.

N°	Acuerdos/ compromisos	Responsable	Plazos
	Reunificación	Coordinadora SS.EE.	Abri/.
		SS.EE.	Abri/.
		Coordinadora SS.EE.	Abri/ Tempo.



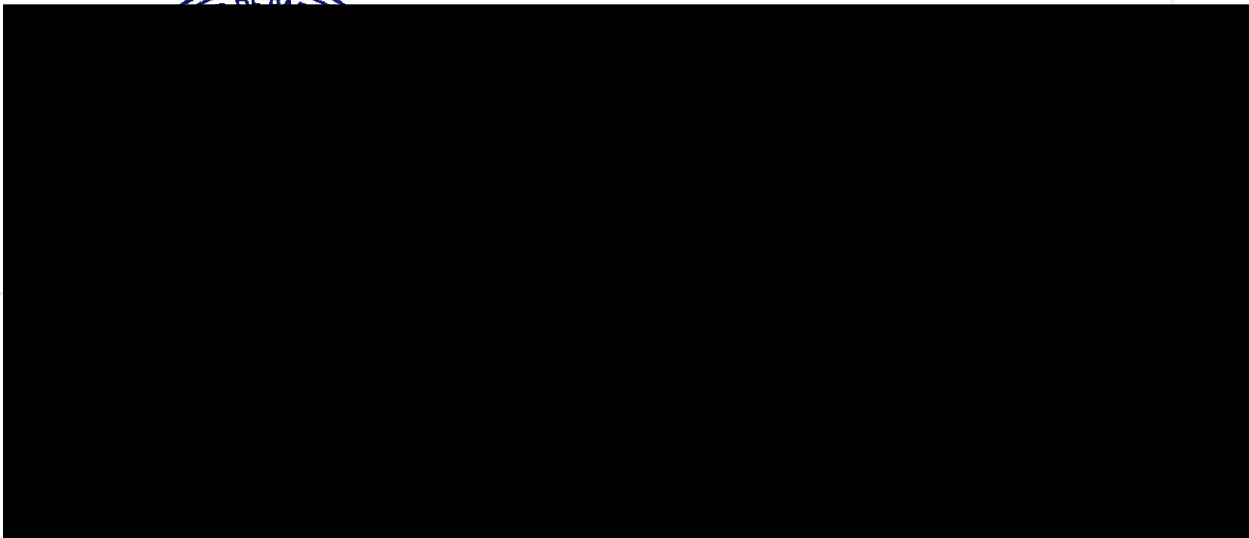
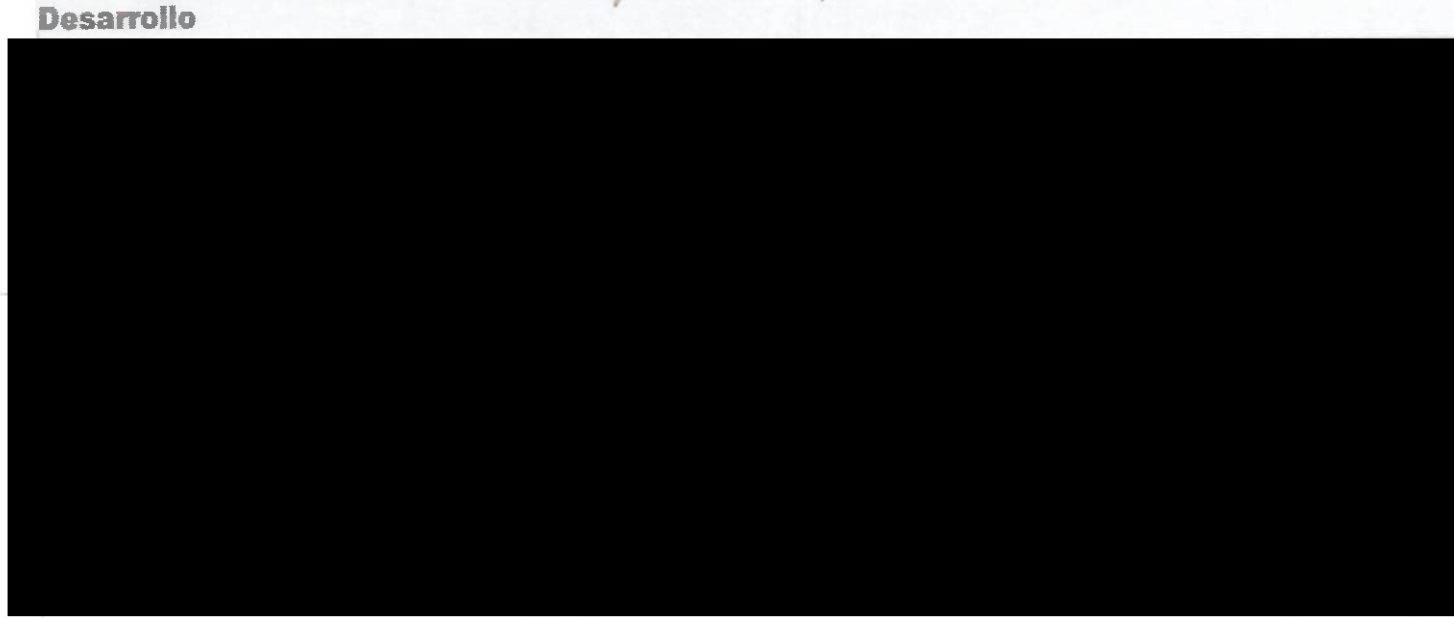
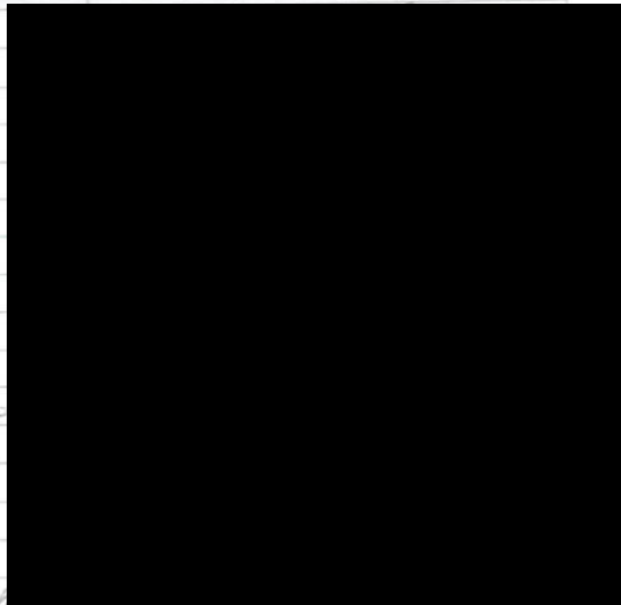


PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Miris Navamete	Coordinadora SMO	
Toniwa Avelar	A.C.	
Johny Nolas	A.C.	
Patricia Martínez R	A.C. - Tecnología	
Alfonso Aguilar	Psicóloga	
Nella Cortés	A.C.	
Macarena Mollano	Kinesólogo	
Andrés Refino	A.C.	
Mariela José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Monserrat Aballay Pilcant	Terapeuta Ocupación	
Camilo Donato San Martín	Historiador	
CONDANZA SOTO	A.C.	
Marcela Beharman	Coordinadora SS.EE	
Cristopher Torres	gestor comunitario	
Hermano Le Quiñe	encargado Red PRL	



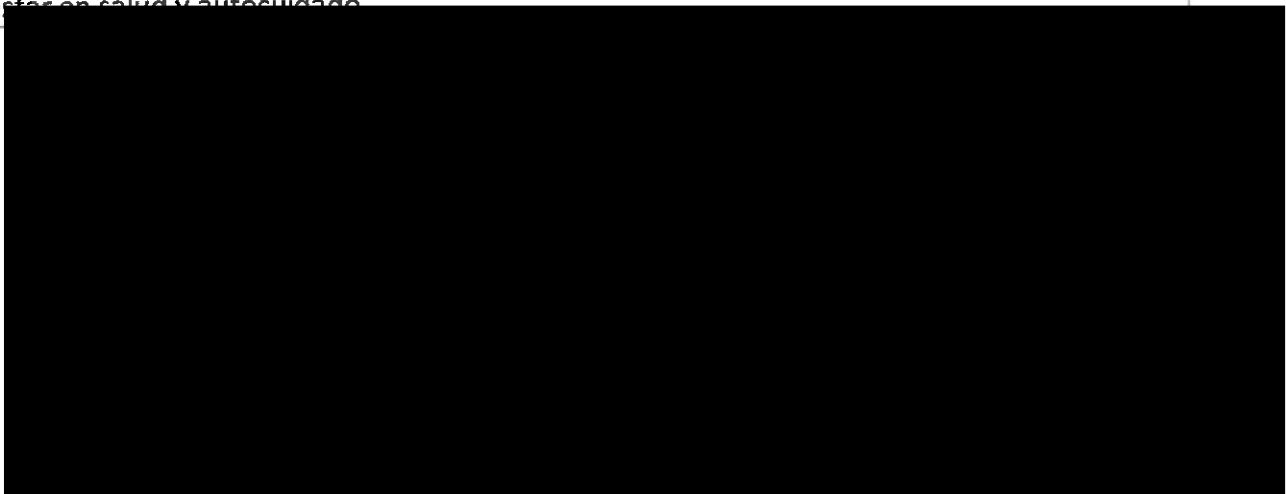


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

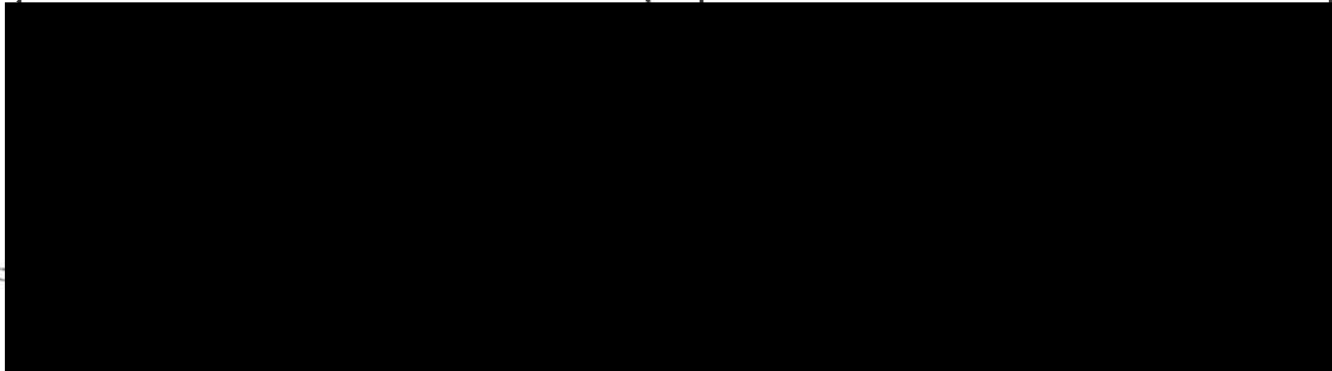
1	ID	10662
	Nombre Usuario/Cuidadores	Ana Gonzalez
2	ID	44321
	Nombre Usuario/Cuidadores	Sergio Salas
3	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 12:00	N° de Sesión: 6
Fecha de sesión: 23/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos 243	

Horario: 13:00	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 23/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos 243	

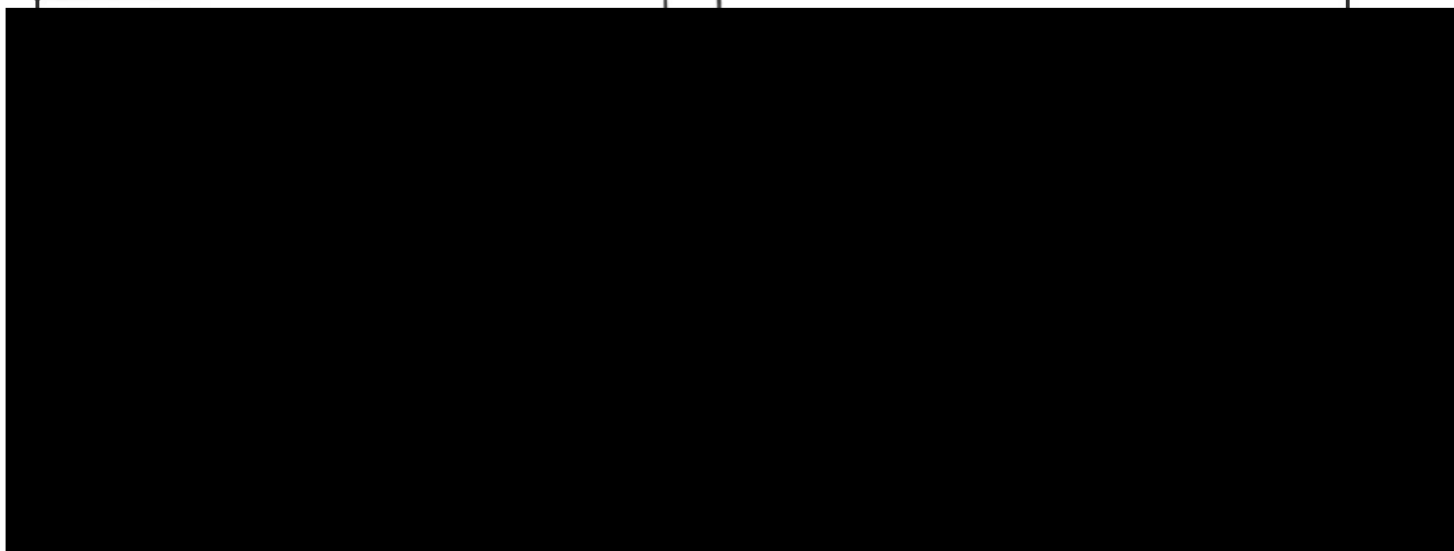


Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Terapia Ocupacional	
1 ID	10379	
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Arroyo.	
2 ID	19261	
Nombre Usuario/Cuidadores	Leonides Barrera.	
3 ID	19261	
Nombre Usuario/Cuidadores	Evaristo Cea	
4 ID	18621	
Nombre Usuario/Cuidadores	Lucia Lopez	
5 ID	201732	
Nombre Usuario/Cuidadores	Zulema Isla	
6 ID	200081	
Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Luis Mori	
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

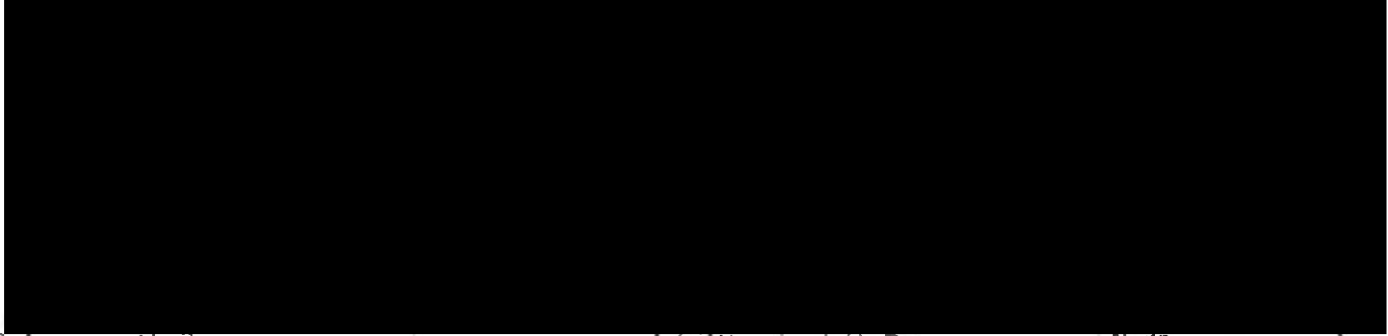
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de
11	Bienestar en

1

Horario: 10:00	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 22/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

2

Horario: 11:00	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 22/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
374	



3

Horario: 11:30	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 22/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

4

Horario: 12:30	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 22/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

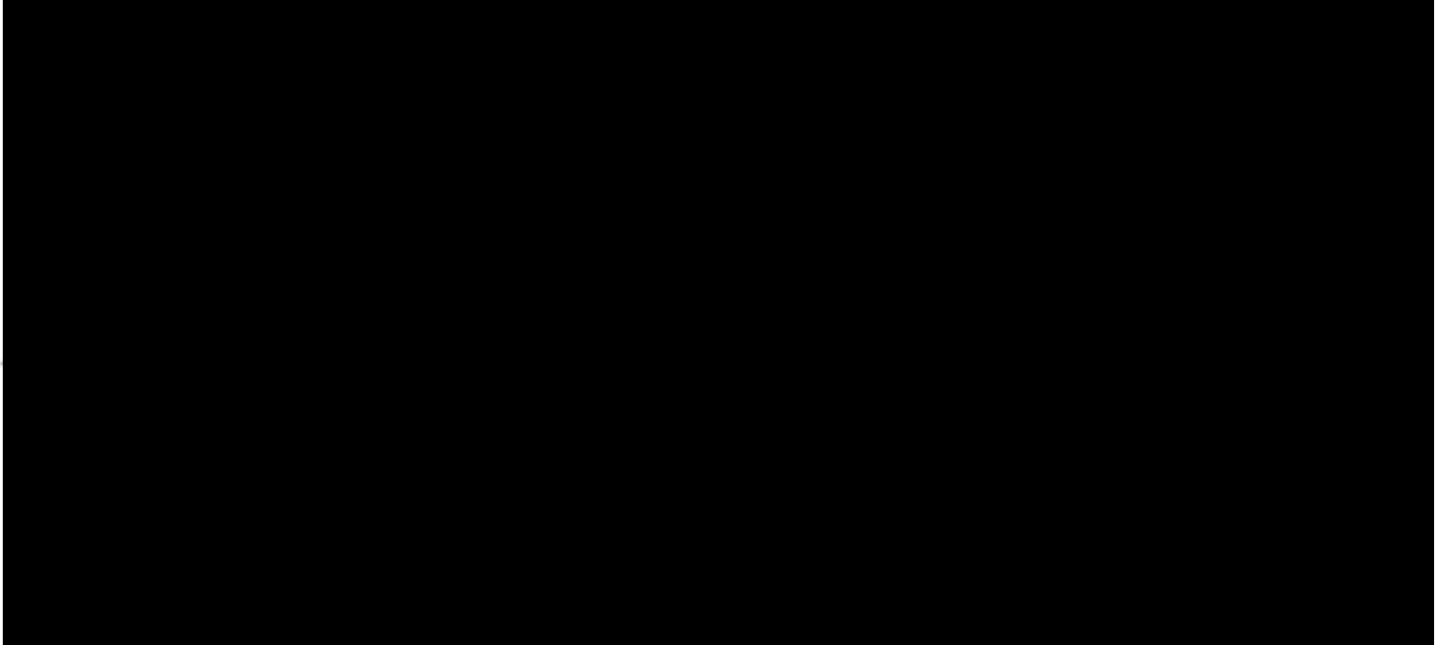


5

Horario: 14:40	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

6

Horario: 16:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapeuta Ocupacional

1	ID	18261
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Miguel Aguilera
2	ID	201645
	Nombre Usuario/Cuidadores	Nancy Lagos
3	ID	169880
	Nombre Usuario/Cuidadores	Maria Pencer
4	ID	44343.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Mario Vasquez
5	ID	13381
	Nombre Usuario/Cuidadores	Carla Delgado
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras

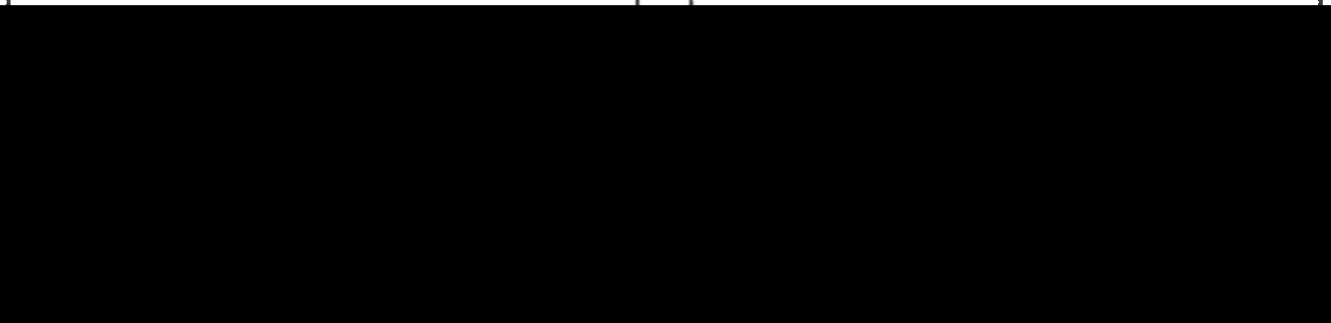


1

Horario: 10:30	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 20/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

2

Horario: 12:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 20/04/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	

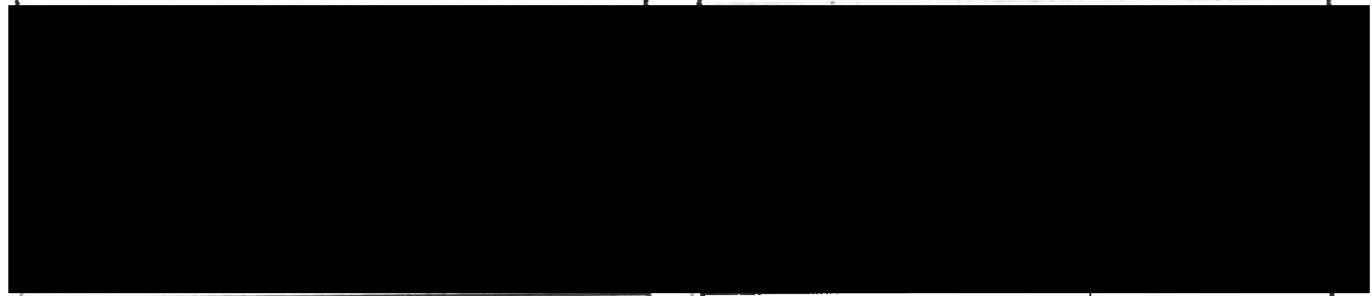


3

Horario: 13:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 20/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	

4

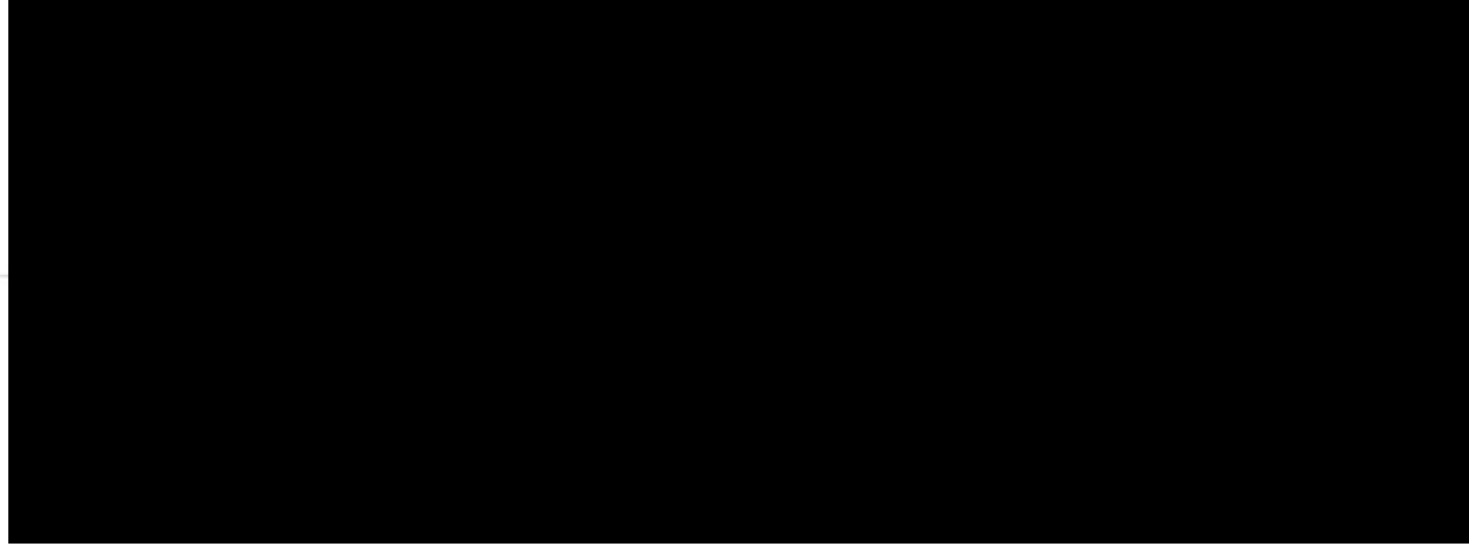
Horario: 14:30	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 20/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	



5

Horario: 15:45	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 20/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad		Tera peute Ocupacional.
1 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	44341 Marcos Catalan
2 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	55521 Juan Arenas
3 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	
4 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	
5 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar e

Horario: 10:30	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 17/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2, 3	

Horario: 12:05	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 17/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2, 3	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

Firma

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Terapia Ocupacional	
1 ID	43233	
Nombre Usuario/Cuidadores	Sebastian Henríquez	
2 ID	100281	
Nombre Usuario/Cuidadores	Julieta Hernández	
3 ID	100231	
Nombre Usuario/Cuidadores	Agustín Hernández	
4 ID	116539	
Nombre Usuario/Cuidadores	Ihan Catalán	
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	
11	



Horario: 11.00	N° de Sesión 1
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	
Observaciones Sebastián. Hernández	

Horario: 14.05	N° de Sesión 1
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	
Observaciones Julieta Hernandez	

Horario: 15.00	N° de Sesión 1
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	
Observaciones Agustín Hernández	

Horario: 16.20	N° de Sesión 1
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	
Observaciones Ihan Catalan	

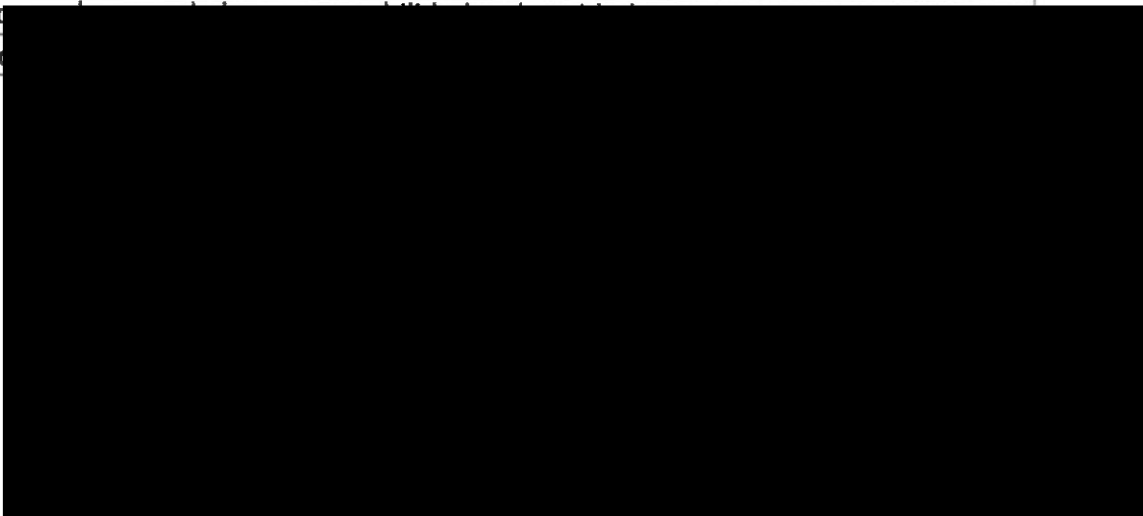
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Terapia Ocupacional.	
1 ID	44334	
Nombre Usuario/Cuidadores	Luis Velásquez	
2 ID	62420	
Nombre Usuario/Cuidadores	Juan Arriapada	
3 ID	11321	
Nombre Usuario/Cuidadores	Cristian Venegas	
4 ID	18623	
Nombre Usuario/Cuidadores	Ana Zapata	
5 ID	18623	
Nombre Usuario/Cuidadores	Segundo Gonzalez	
6 ID	87760.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Juan Gallardo	
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo
11	Bienestar en salud



Horario: 09:50	N° de Sesión 5
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3	
Observaciones Luis Veloz fern	

Horario: 11:00	N° de Sesión 5
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3	
Observaciones Juan Amajado	

Fecha de sesión: 14/04/2026	Sesión 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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3	
Observaciones cristian berrojo.	

Fecha de sesión: 14/04/2026	Sesión 5
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
3 y 4	
Observaciones Ana zarate	

Horario: 13:40.	N° de Sesión 5
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3.	
Observaciones Defendo Gonzalez	

Horario: 15:15.	N° de Sesión 3
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3	
Observaciones Juan Galardo G.	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

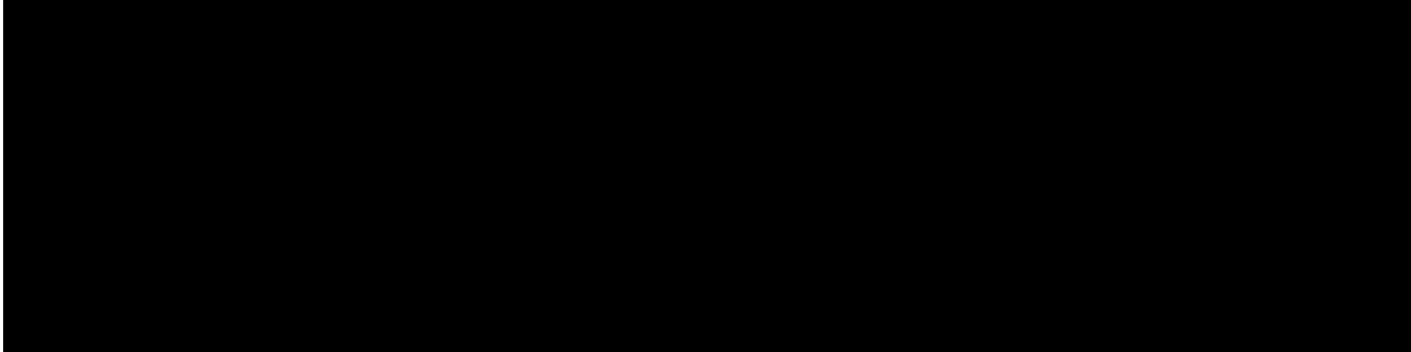
Especialidad	Terapeuta Ocupacional	
1 ID	28702	
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Lineros	
2 ID	11523	
Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa Tubar	
3 ID	11523	
Nombre Usuario/Cuidadores	Fresia Tubar	
4 ID	55520	
Nombre Usuario/Cuidadores	Hermann Ortiz	
5 ID	18282	
Nombre Usuario/Cuidadores	Eduardo Molina	
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobred
10	Proces
11	Bienes



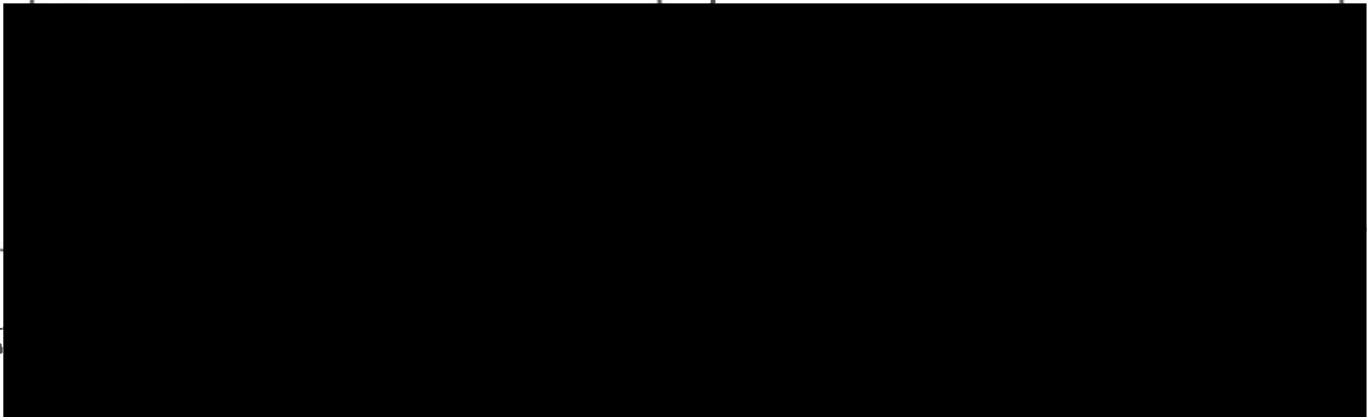
Horario: 10:30	N° de Sesión: 7
Fecha de sesión: 13/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
6 y 11	

Horario: 11:30	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 13/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
3 y 4	



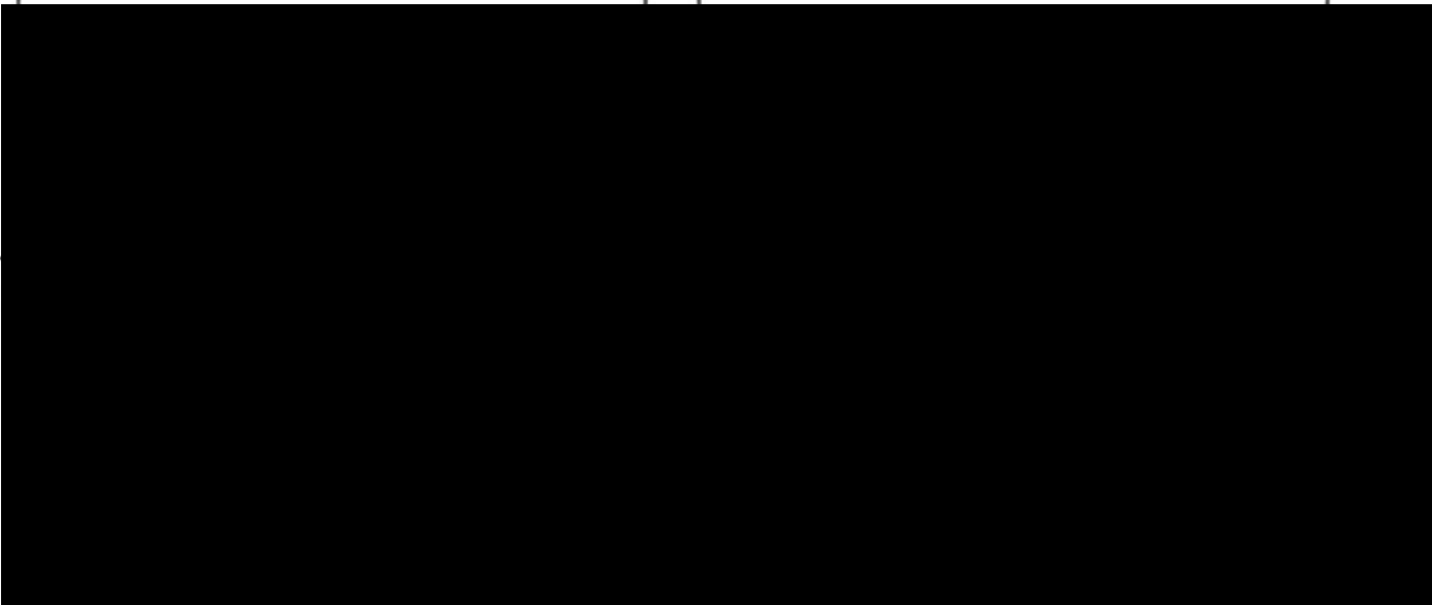
Horario: 12:15	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 13/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3	

Horario: 5:15	N° de Sesión: 2
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

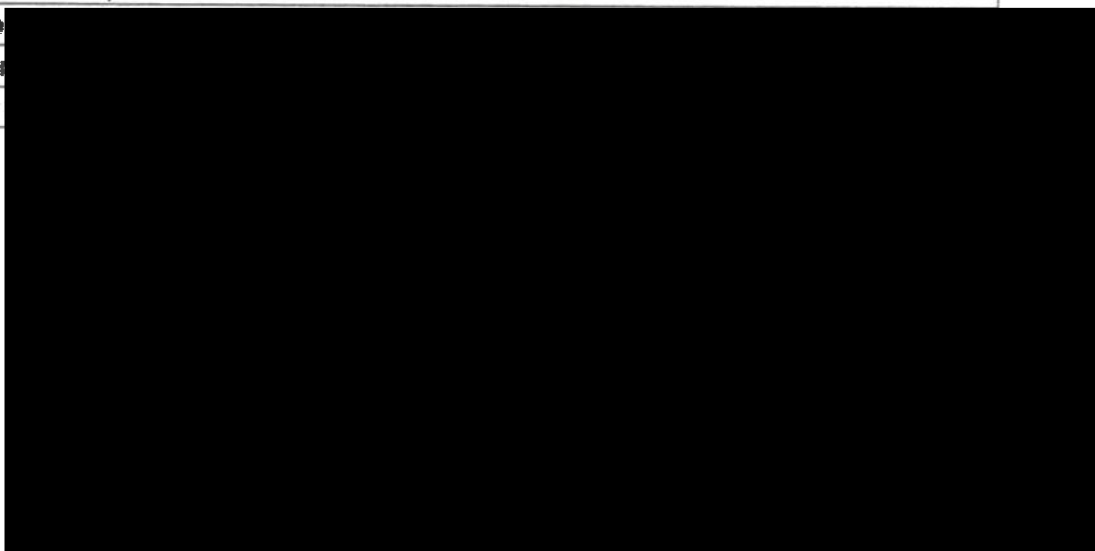


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

1	ID	15105
	Nombre Usuario/Cuidadores	Luis Martinez
2	ID	15105
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rosalba Martinez
3	ID	10101
	Nombre Usuario/Cuidadores	Tecbalda Altamirano
4	ID	199404
	Nombre Usuario/Cuidadores	Aylen Valenzuela
5	ID	107112
	Nombre Usuario/Cuidadores	Luis Apablaza
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional
10	Procesos de duelo
11	Bienestar en salud y

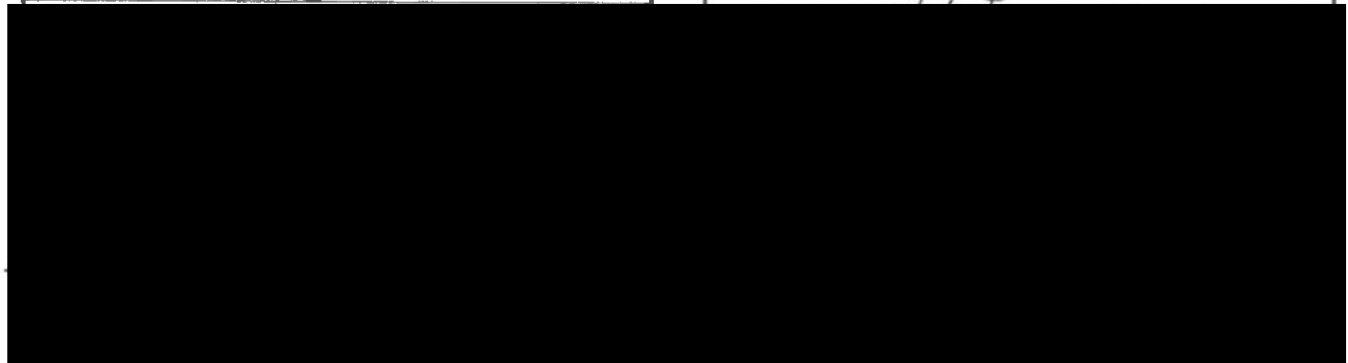


1

Horario: 8:40	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 10/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2, 3	

2

Horario: 9:25	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 10/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
3, 4	

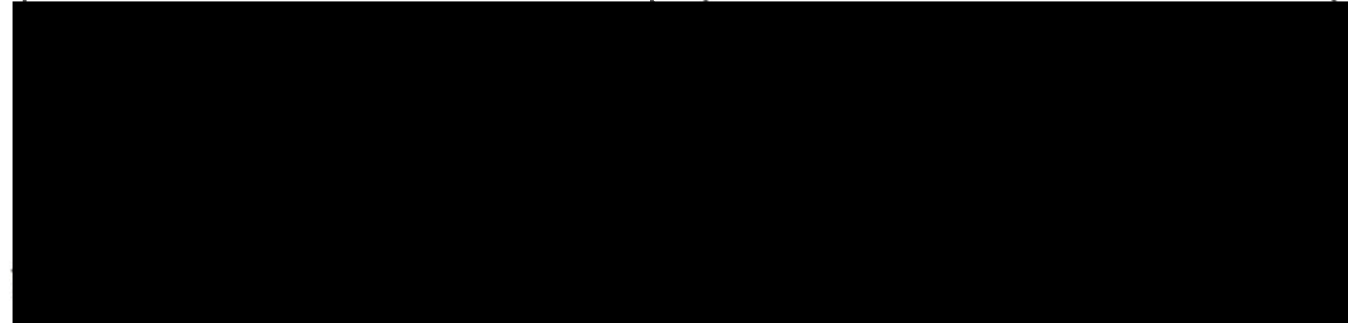


3

Horario: 10:15	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 10/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2, 3	

4

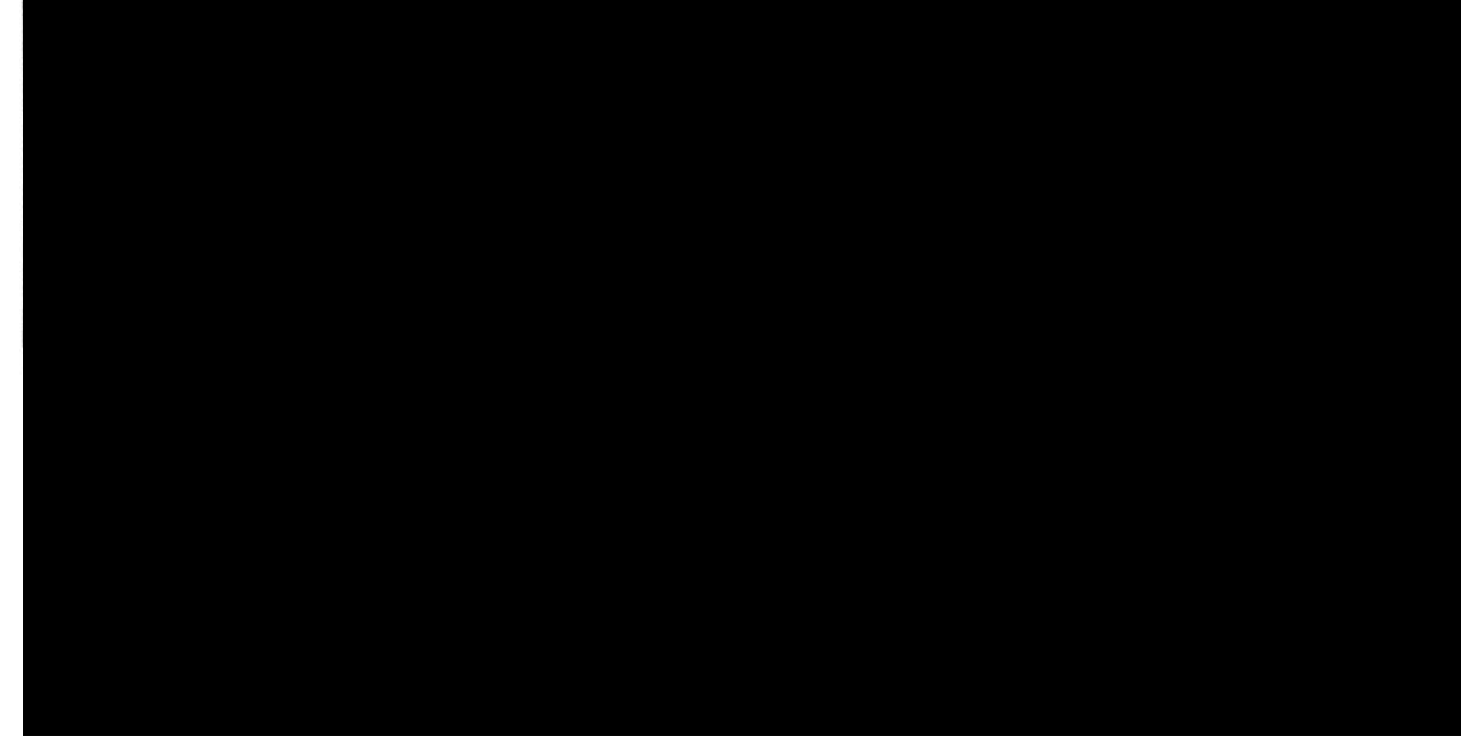
Horario: 10:50	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 10/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	



5

Horario: 13:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 10/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Terapeuta Ocupacional	
1 ID	59041	
Nombre Usuario/Cuidadores	Rris.ma Cornejo	
2 ID	59040	
Nombre Usuario/Cuidadores	Marta Cerda	
3 ID	12281	
Nombre Usuario/Cuidadores	Oscar Barreto.	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienes

Horario: 10:30 - N° de Sesión: 2

Fecha de sesión: 9 de abril

Realizado: Si No PDSF CP

Incidencias* Si No

Servicio entregado:

SSEE Ámbitos

374

Horario: 11:30 - N° de Sesión: 3

Fecha de sesión: 9/04/2026

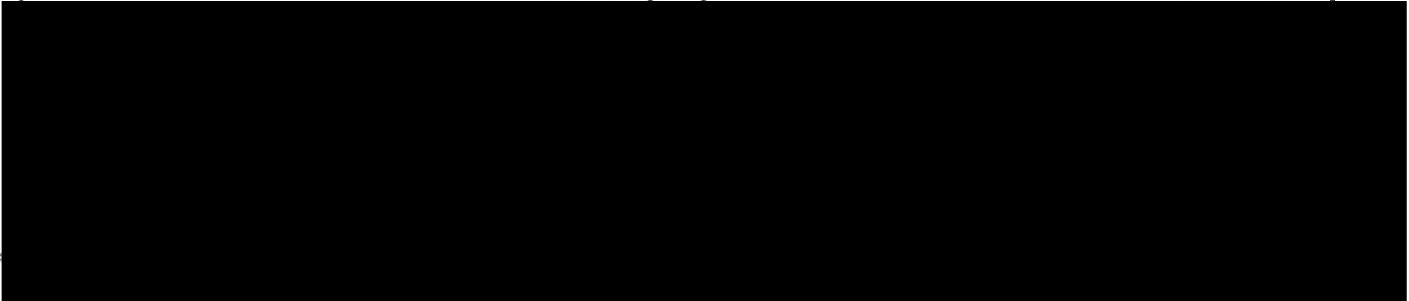
Realizado: Si No PDSF CP

Incidencias* Si No

Servicio entregado:

SSEE Ámbitos

273



Horario: 13:00 - N° de Sesión: 3

Fecha de sesión: 9/04/2026

Realizado: Si No PDSF CP

Incidencias* Si No

Servicio entregado:

SSEE Ámbitos

273.

Horario: / / N° de Sesión: /

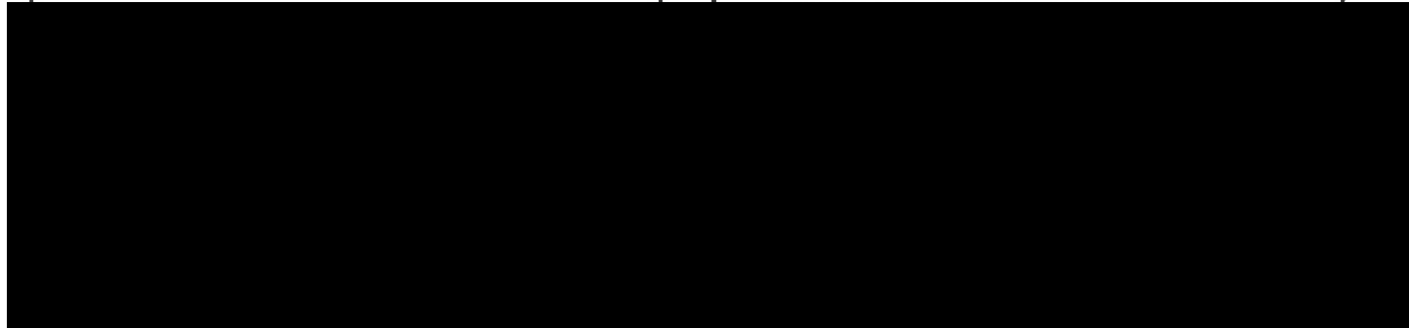
Fecha de sesión: / /

Realizado: Si No PDSF CP

Incidencias* Si No

Servicio entregado:

SSEE Ámbitos



Horario: / / N° de Sesión: /

Fecha de sesión: / /

Realizado: Si No PDSF CP

Incidencias* Si No

Servicio entregado:

SSEE Ámbitos

Observaciones

Firma Profesional

Horario: / / N° de Sesión: /

Fecha de sesión: / /

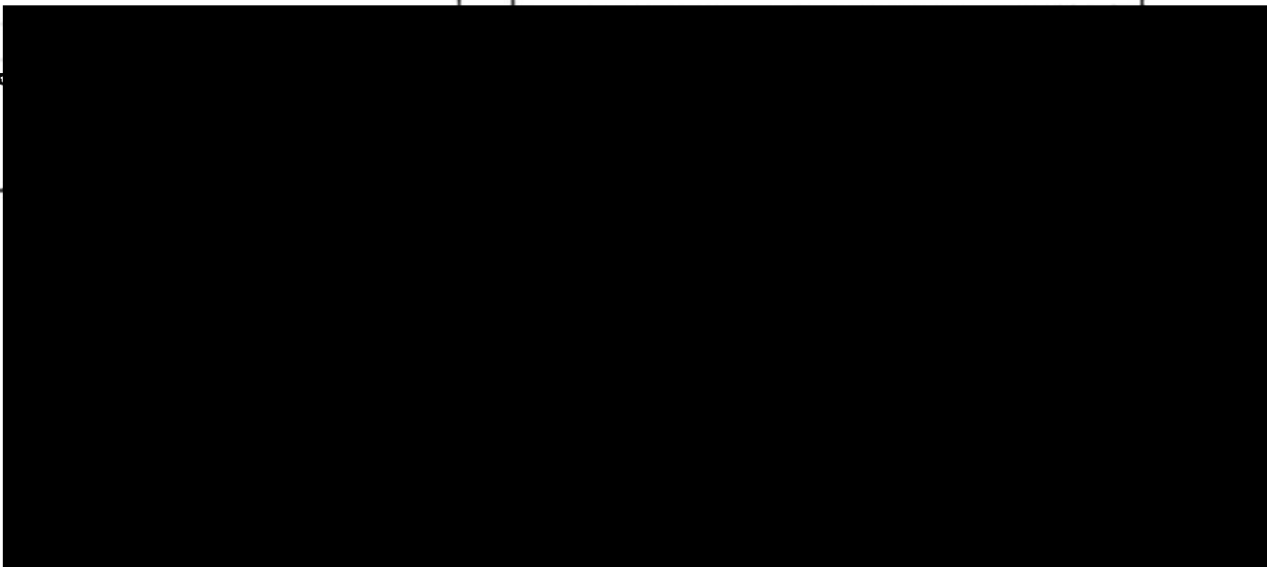
Realizado: Si No PDSF CP

Incidencias* Si No

Servicio entregado:

SSEE Ámbitos

Observaciones

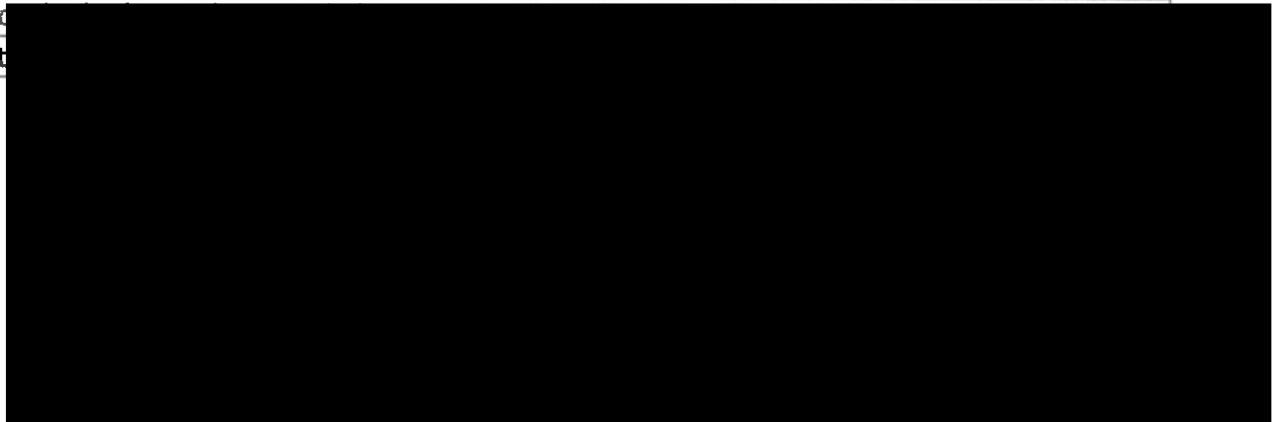


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

1	ID	18401
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa Espinoza
2	ID	18401
	Nombre Usuario/Cuidadores	Guillermina Lara
3	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Proceso
11	Bienest



Horario: 12:00	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 8/14/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
243	

Horario: 12:50.	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 8/14/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
304	

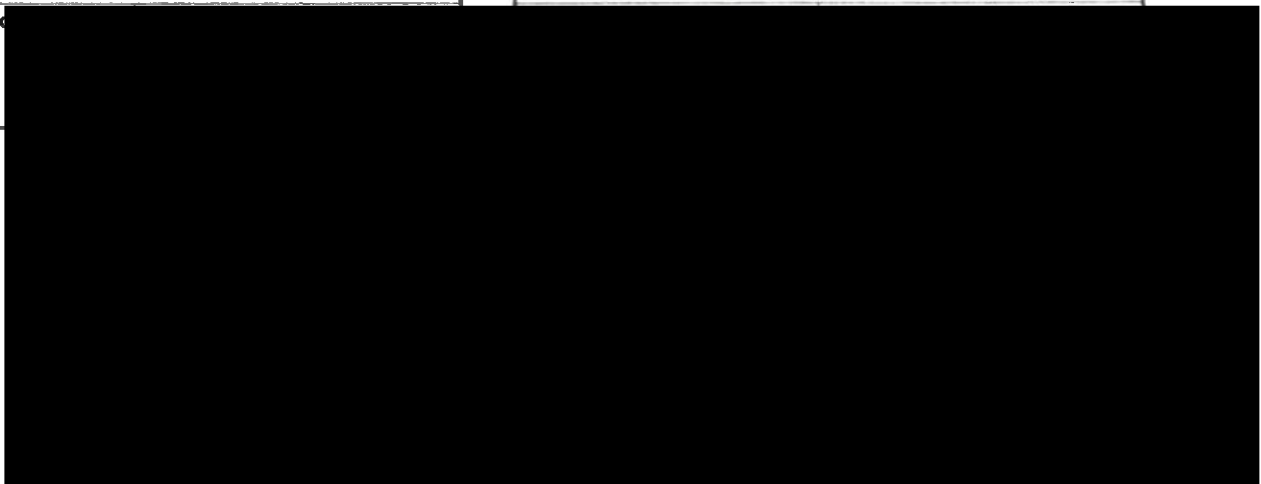


Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	
Firma usuario/Cuidadora	

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	
Firma usuario/Cuidadora	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

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

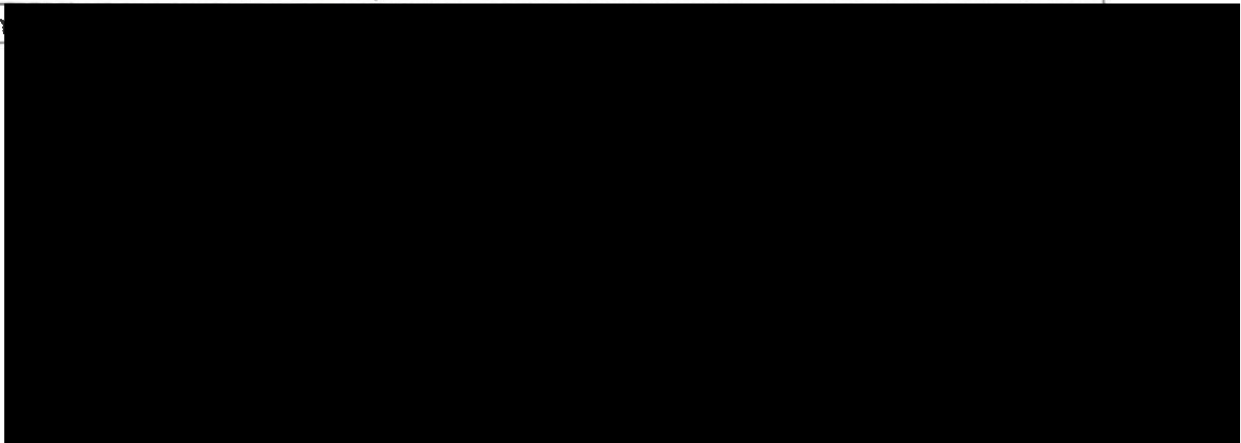


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

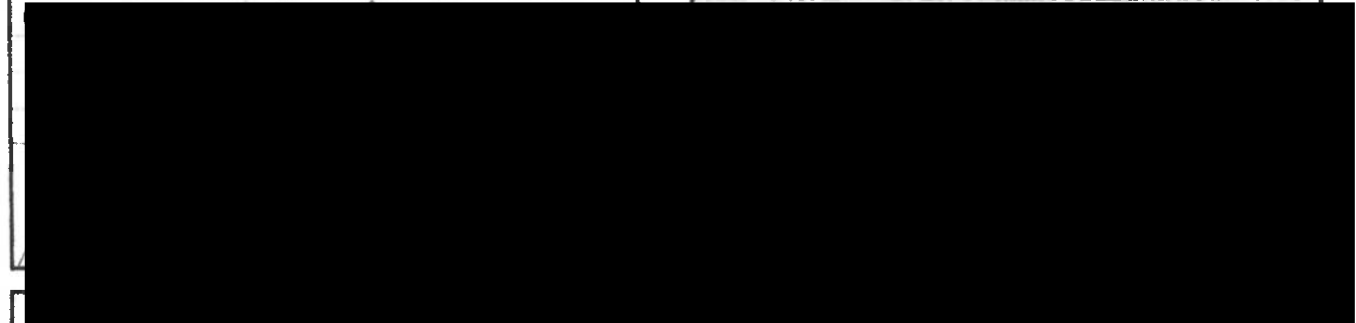
1	ID	18261
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Miguel Aguilera
2	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
3	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en



Horario: 11:10	N° de Sesión: 8
Fecha de sesión: 7 de abril	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

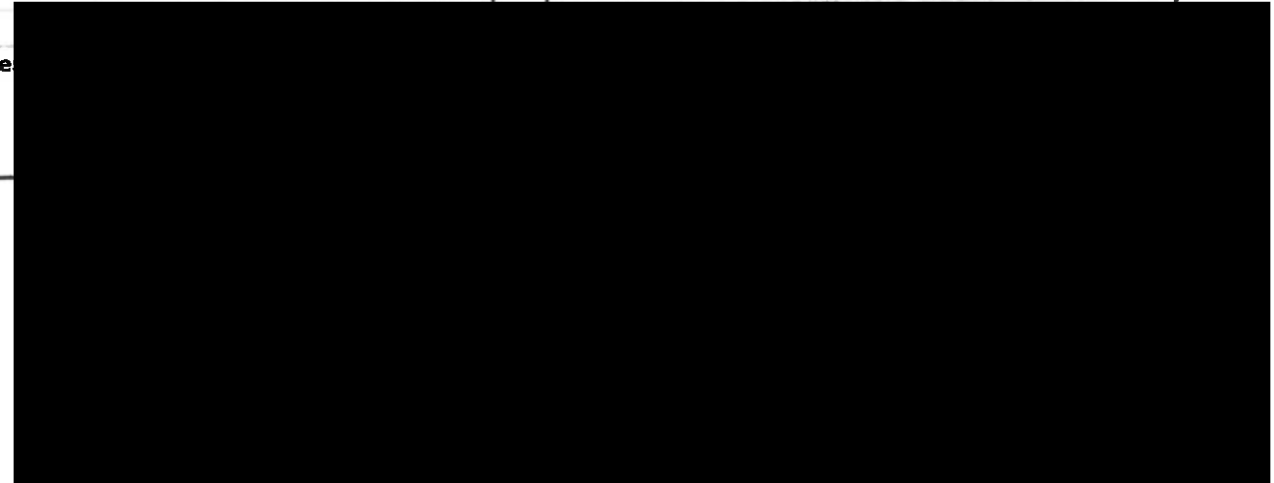


Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

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



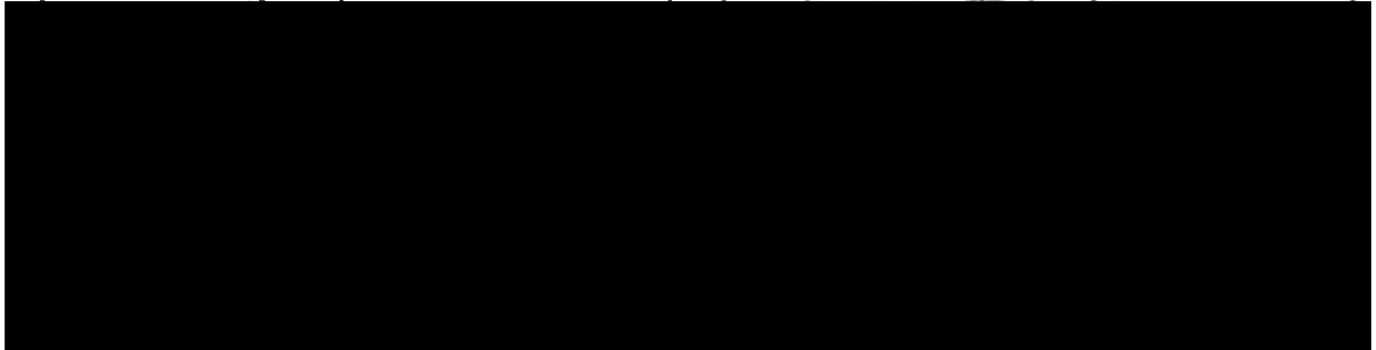
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad		Terapia Ocupacional.
1	ID	10193
	Nombre Usuario/Cuidadores	Mano Luñez
2	ID	10193.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Alicia Diaz.
3	ID	13141.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Carlos Castillo.
4	ID	23724.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jorge Diaz
5	ID	44350.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa Rivas.
6	ID	131360.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Francisco cabezas
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en

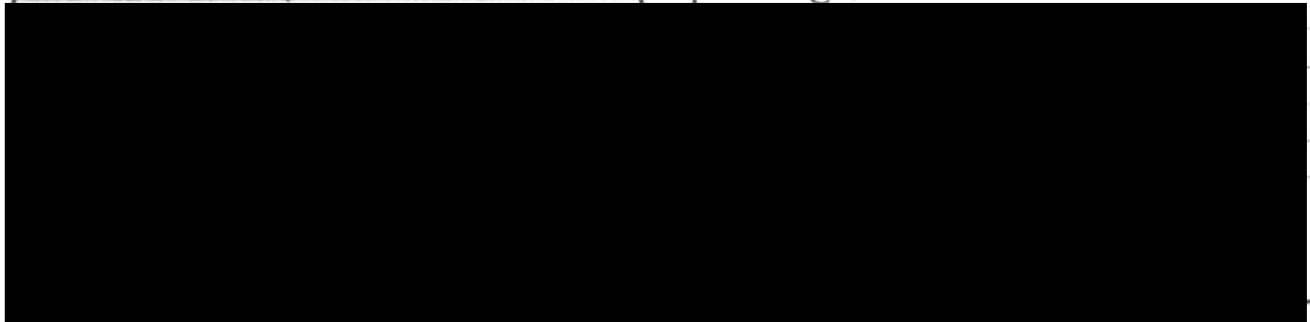
Horario: 10:30.	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 6/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

Horario: 10:30.	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 6/04/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



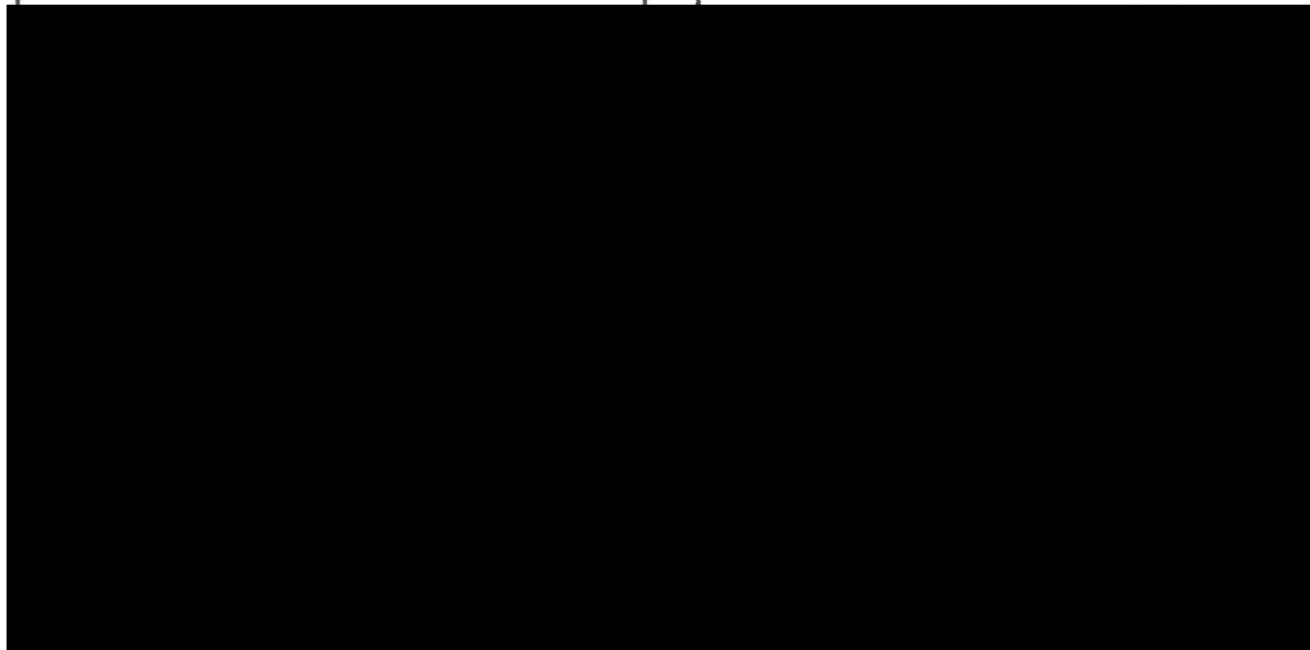
Horario: 11:40.	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 6/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

Horario: 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 6/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Cualquier cosa.	



Horario: 14:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 6/04/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	

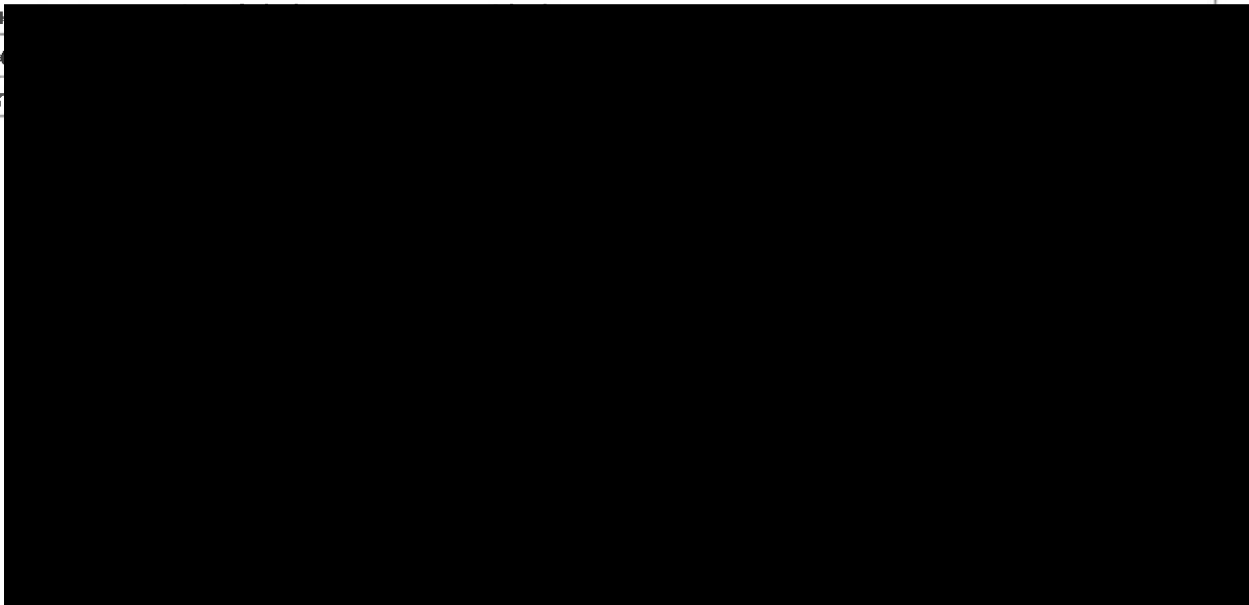
Horario: 15:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 6/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273.	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

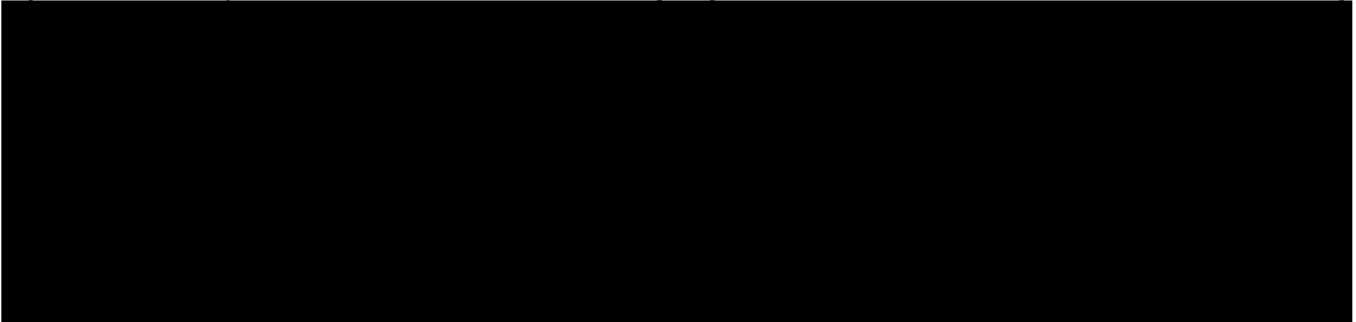
Especialidad		Terapia Ocupacional
1	ID	66600.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Juana Menares.
2	ID	55523.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jessenia Zambrano Jiménez
3	ID	70200.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Marcelo Teñiga. Rivera
4	ID	114150.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Hector Latorre. U. Leñe
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sob...
10	Pro...
11	Bien...



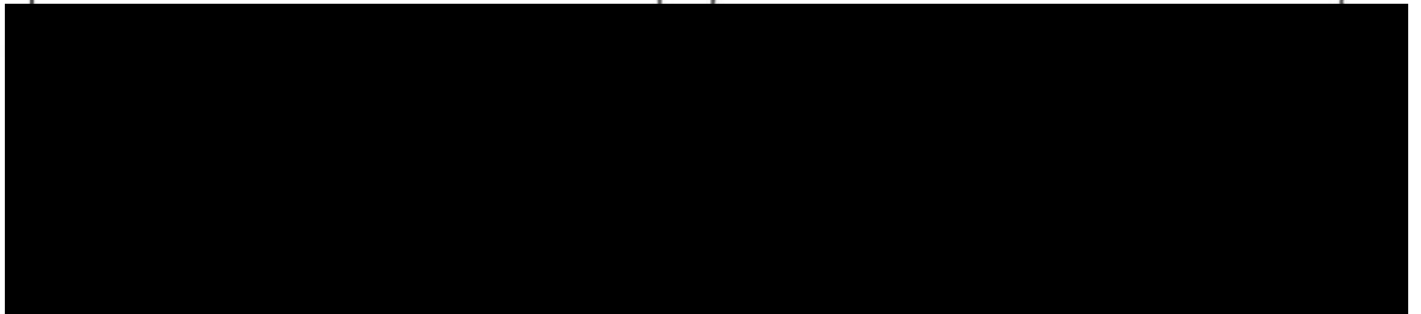
Horario: 9:40	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 27/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
5 y 6.	

Horario: 11:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 27/05/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	



Horario: 12:15	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 27/05/2026	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2, 3.	

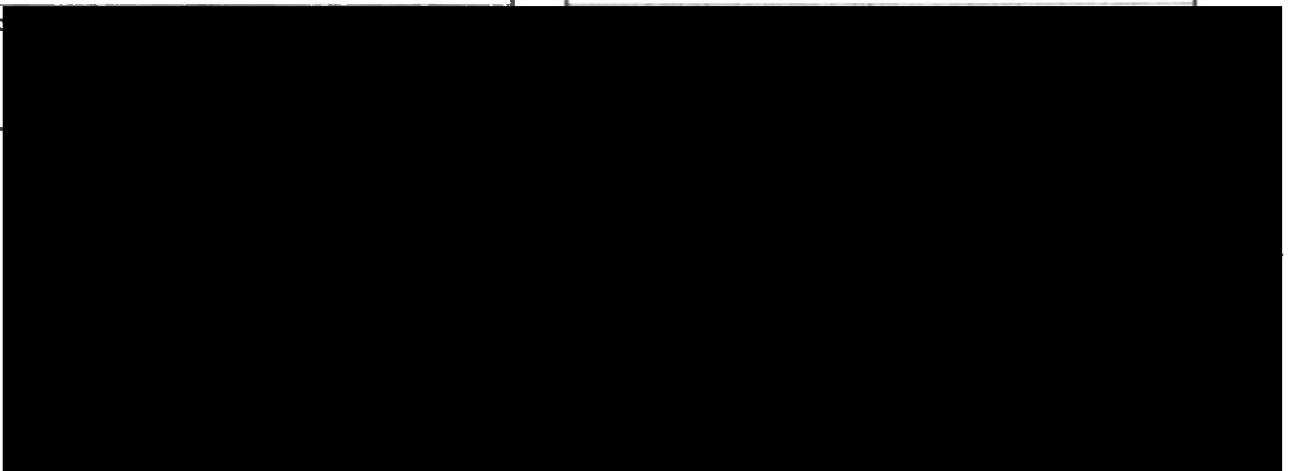
Horario: 13:20	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 27/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	



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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

Firma Pro

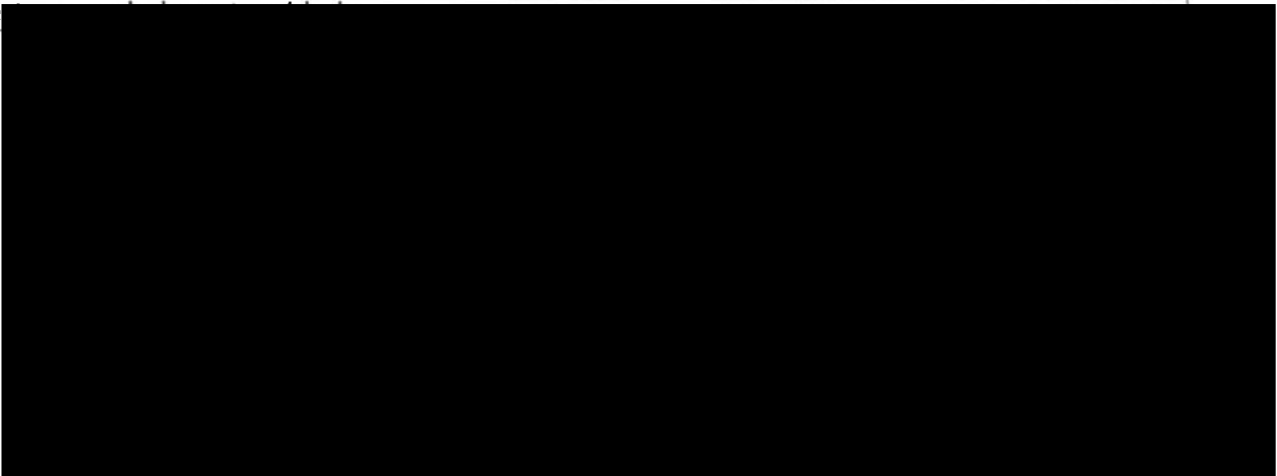


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

1	ID	18261.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Aguilera Gálvez
2	ID	13662
	Nombre Usuario/Cuidadores	Ana Gutierrez
3	ID	123397.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Manuel Cardona
4	ID	128213.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Maité Sepúlveda Valdivia
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar



Horario: 10:30	N° de Sesión 7
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
213	

Horario:	N° de Sesión 5
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
3, 11	

Horario: 15:55	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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	

Horario: 15:00	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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	

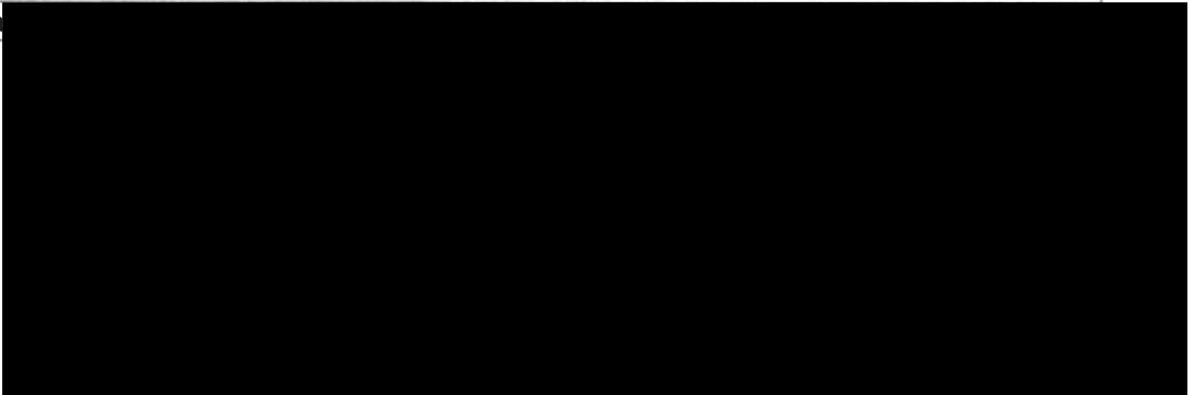
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Prof	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

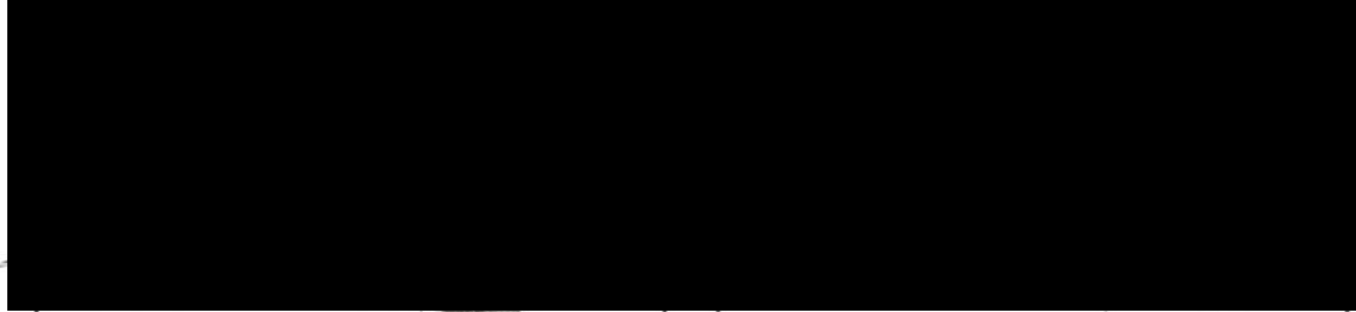
Especialidad	Terapeuta Ocupacional	
1 ID	23702	
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Lincon Brizuela	
2 ID	10399	
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Arroyo Cordero.	
3 ID	18621.	
Nombre Usuario/Cuidadores	Alicia Lepe Lepe.	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°		ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada	
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia	
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad	
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras	
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana	
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida	
7	Accesibilidad física y social	
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria	
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras	
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado	
11	Bienestar en	



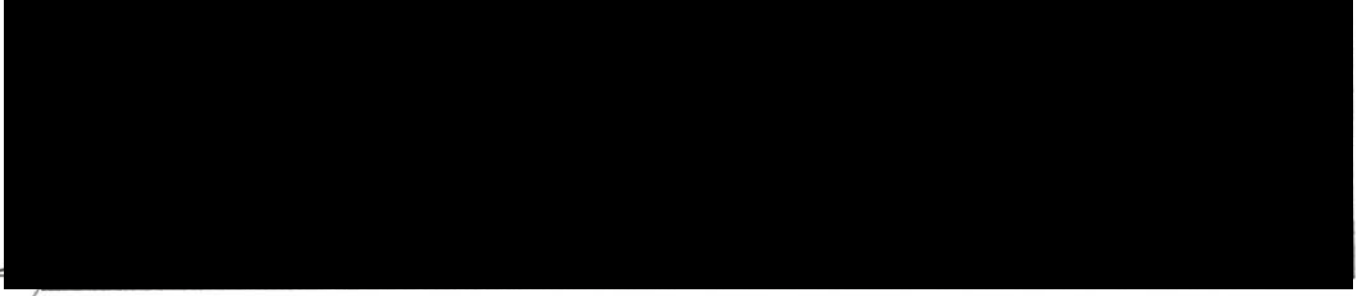
Horario: 9:50.	N° de Sesión 6.
Fecha de sesión: 25/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
5 y 11	

Horario: 11:15	N° de Sesión 4
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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 11.	



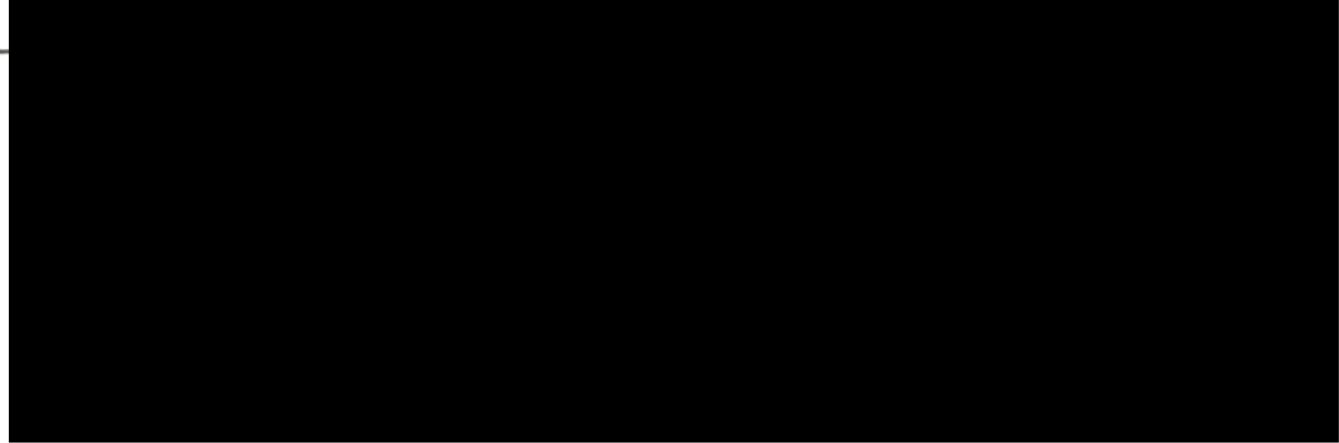
Horario: 12:20	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 25/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3.	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora



PC N°06

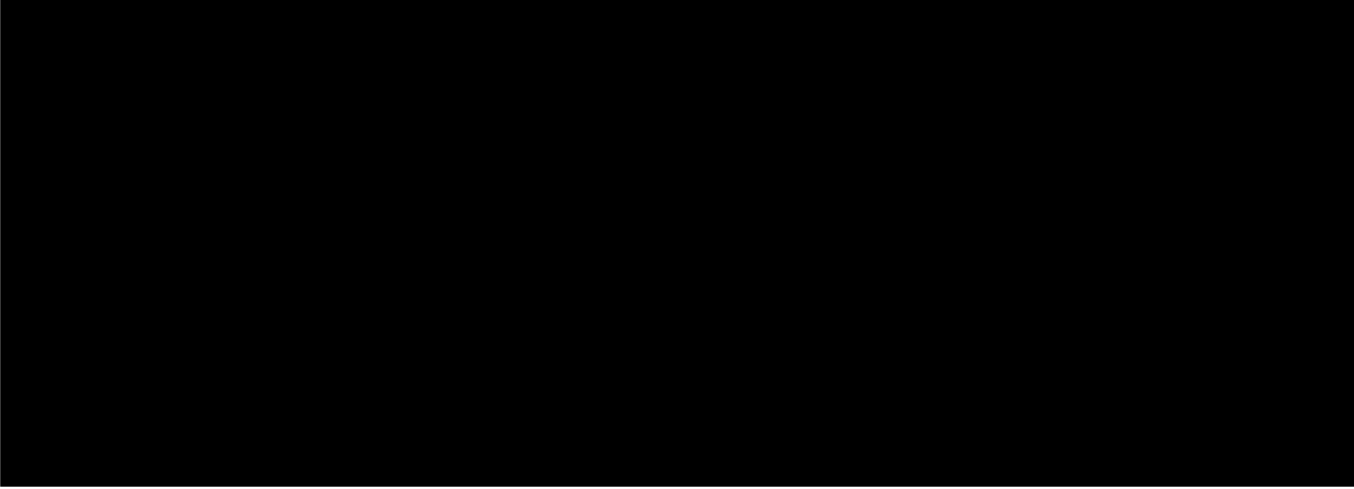
Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

21 de abril 2026.

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF		1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)			
Nombres	Silvana Isabel				
Apellido paterno	Jerez				
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
Fecha de nacimiento					
Dirección					
Villa / Población				Otras referencias	
Comuna				Región	
Teléfono 1				Teléfono 2	
2) Antecedentes Generales					
2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos		7 años			
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?		SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? <i>Cestom.</i> NO <input type="checkbox"/>			
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?		SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuáles? <i>CCR.</i> NO <input type="checkbox"/>			
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años		<input type="checkbox"/> Talleres municipales			
		<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad			
		<input type="checkbox"/> Junta de vecinos			
		<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas			
		<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores			
		<input type="checkbox"/> Clubes deportivos			
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?		<input type="checkbox"/> SI			
		<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Si su respuesta es NO , seleccione los motivos (Selección múltiple)					
<input type="checkbox"/> No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.		<input type="checkbox"/> No tengo tiempo para participar.			
<input type="checkbox"/> No tengo interés en participar.		<input checked="" type="checkbox"/> Las actividades no se realizan en espacios accesibles y seguros.			



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

21 de abril 2026

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	EMA ROSA	
Apellido paterno	TORO	
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento		
Dirección		
Villa / Población		Otras referencias
Comuna		Región
Teléfono 1		Teléfono 2

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 3 años años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? CERTAM. NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

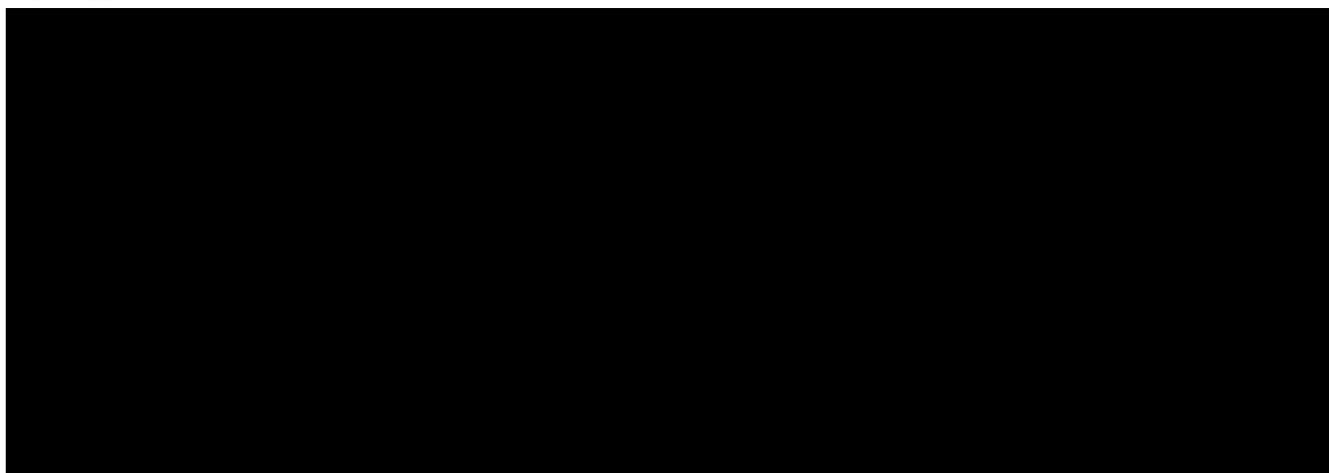
- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál?
- En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?

- SI
- NO

Si su respuesta es **NO**, seleccione los motivos (Selección múltiple)

- No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.
- No tengo tiempo para participar.
- No tengo interés en participar.
- Las actividades no se realizan en espacios accesibles y seguros.





PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

201782 ID Hogar

25 de marzo del 2026 Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	Iselma	
Apellido paterno	Isle	
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento		
Dirección		
Villa / Población		Otras referencias
Comuna		Región
Teléfono 1		Teléfono 2

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 2 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? San Roberto NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuales? NO

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál?
- En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?
 SI
 NO

Si su respuesta es **NO**, seleccione los motivos (Selección múltiple)

- No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.
- No tengo tiempo para participar.
- No tengo interés en participar.
- Las actividades no se realizan en espacios accesibles y seguros.





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

Us: Ku.
CP: 75.

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

104937
ID Hogar

16 / 04 / 2026
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	Oscar Ignacio.	Run	[Redacted]
Apellido paterno	Ortiz.	Apellido materno	[Redacted]
Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre	[Redacted]
Fecha de nacimiento	[Redacted]	Edad	[Redacted]
Dirección	[Redacted]	N°	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]	Otras referencias	
Comuna	[Redacted]	Región	Metropolitano.
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 10 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? trabajo
- En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comuna? SI

Si su re [Redacted]