



Informe de pago mensual

Funcionario: Constanza Gonzalez Arias

Rut: [REDACTED]

Cargo: Asistente de Cuidados

Mes correspondiente: MAYO 2026

Cometidos solicitados según contrato:

- Entregar cuidados domiciliarios a los usuarios asignados por el programa Red Local de Apoyos y Cuidados, entregando un informe mensual con los registros de asistencia de cada domicilio.
- Participar en reuniones mensuales de equipo y en las capacitaciones gestionadas por el programa.
- Mantener actualizada la información de sus atenciones en plataforma PRLAC.
- Colaborar en actividades organizadas por la DIDECO.

1 Entregar cuidados domiciliarios a los usuarios asignados por el programa Red Local de Apoyos y Cuidados, entregando un informe mensual con los registros de asistencia de cada domicilio .

El cometido se encuentra en ejecución permanente, desarrollándose mensualmente con los usuarios activos del programa, a través de la prestación sistemática de cuidados domiciliarios, orientados a la mantención de la autonomía, la seguridad, la higiene, la salud y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

Las atenciones realizadas son registradas y reportadas mensualmente, permitiendo la trazabilidad, supervisión y monitoreo del cumplimiento del servicio.

Los cuidados domiciliarios se realizan, según el nivel de dependencia y el plan individual de cada usuario, las siguientes prestaciones:

A. Higiene personal y cuidado corporal

- Baño o ducha.
- Aseo corporal.
- Lavado de cabello en cama.
- Aseo dental y bucal.
- Higiene de pies.
- Corte y arreglo de uñas (excepto en usuarios diabéticos).
- Aseo genital.



- Cambio de pañal.

- Lubricación y cuidado de la piel.
- Prevención de lesiones por presión.
- Peinado, maquillaje, afeitado y depilación.
- Apoyo a la vestimenta.

B. Eliminación y control de esfínteres

- Apoyo a la micción y defecación.
- Uso de chata o urinario.

C. Movilidad y funcionalidad

- Apoyo en transferencias.
- Manejo postural.
- Prevención de caídas.
- Ejercicios físicos.
- Ejercicios respiratorios y de relajación.

D. Estimulación y apoyo psicosocial

- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
- Apoyo en actividades significativas de la vida diaria.
- Acompañamiento en actividades recreativas, culturales, religiosas o de interés personal que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.

E. Apoyo en salud y tratamientos

- Organización de medicamentos prescritos.
- Apoyo en la correcta administración de medicamentos.
- Apoyo en controles y gestiones de salud.

F. Alimentación

- Manipulación y preparación de alimentos.
- Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos según nivel de dependencia.

G. Apoyo domiciliario

- Limpieza y mantención de los espacios donde habita la persona en situación de dependencia.
- Orden de la cama y cambio de ropa de cama.

H. Apoyo en gestión y redes

- Acompañamiento para trámites, gestiones y uso de servicios sociales y de salud.



Se adjuntan los registros de atenciones realizadas y el Plan de Apoyo Individual para su revisión y respaldo.

AS

2. Participar en reuniones mensuales de equipo y en las capacitaciones gestionadas por el programa.

Durante el mes de mayo no se realizaron capacitaciones por parte del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

Con fechas 22, 24 y 29 de abril y 06, 08, 13, 15, 20 y 22 de mayo 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 mayo 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



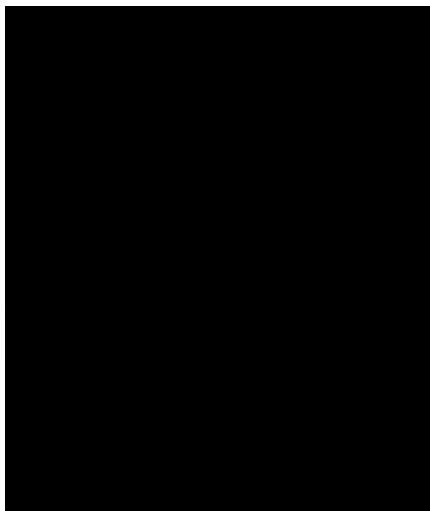
de

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
20 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	21 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Domingo Retamal 13:15 a 17:00	22 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	23 Floriderma Silva 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	24 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
27 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	28 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Domingo Retamal 13:15 a 17:00	29 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	30 Floriderma Silva 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	

Calendario de mayo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
4 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	5 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Domingo Retamal 13:15 a 17:00	6 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	7 Floriderma Silva 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	8 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
11 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	12 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Domingo Retamal 13:15 a 17:00	13 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	14 Floriderma Silva 9:00 a 12:45 Rosa Espinoza 13:15 a 17:00	15 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
18 Guillermo Astorga 9:00 a 12:45 Johanna Lopez 13:15 a 17:00	19 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Domingo Retamal 13:15 a 17:00	20 Ulises Bernales 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	21 feriado	22 Fracisco Petid 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00





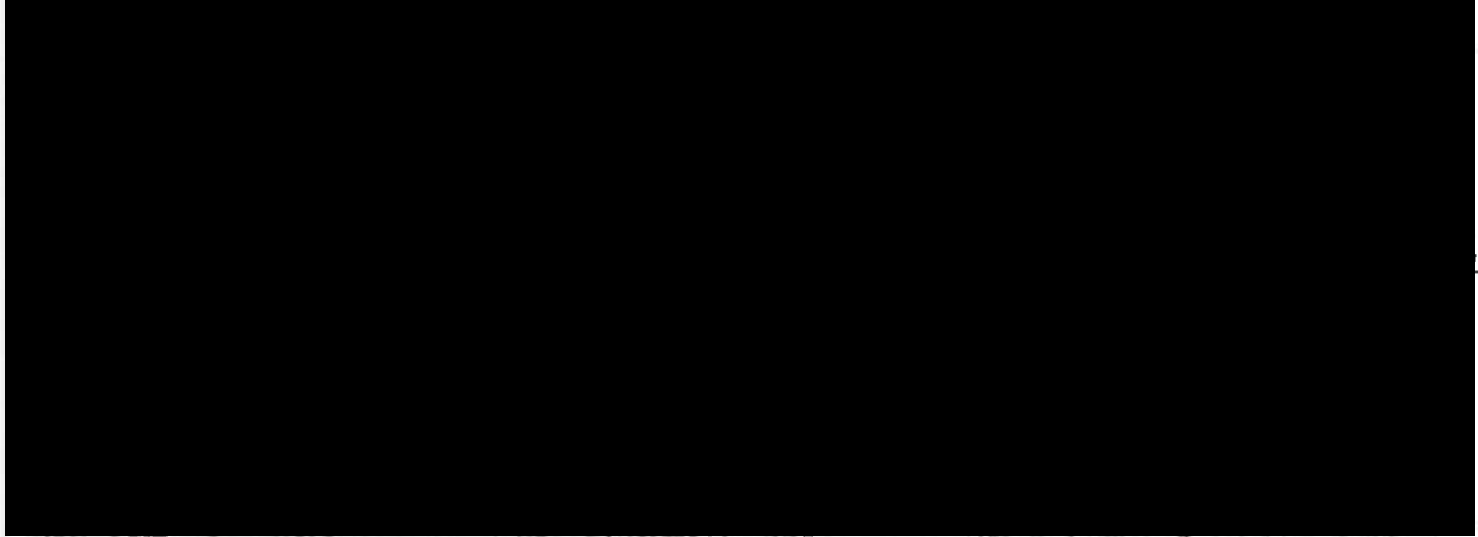
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

04

Fecha	22/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Oficina local

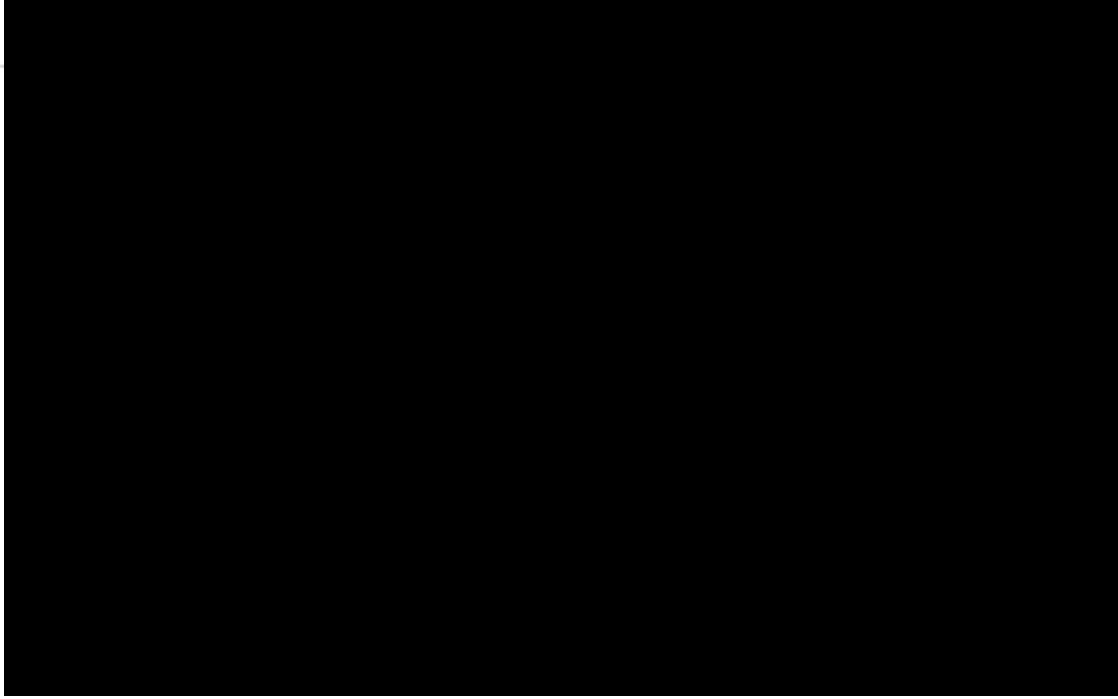
Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



Patricia Rodríguez	Psicóloga y AC.	patricia.rod@guarino.cl
--------------------	-----------------	-------------------------

Desarrollo

Se realizó reunión de Equipo S40 y S500. Se realizó revisión de caso, se cargó el protocolo. Se revisó el cumplimiento de los tres componentes y los riesgos a revisar.





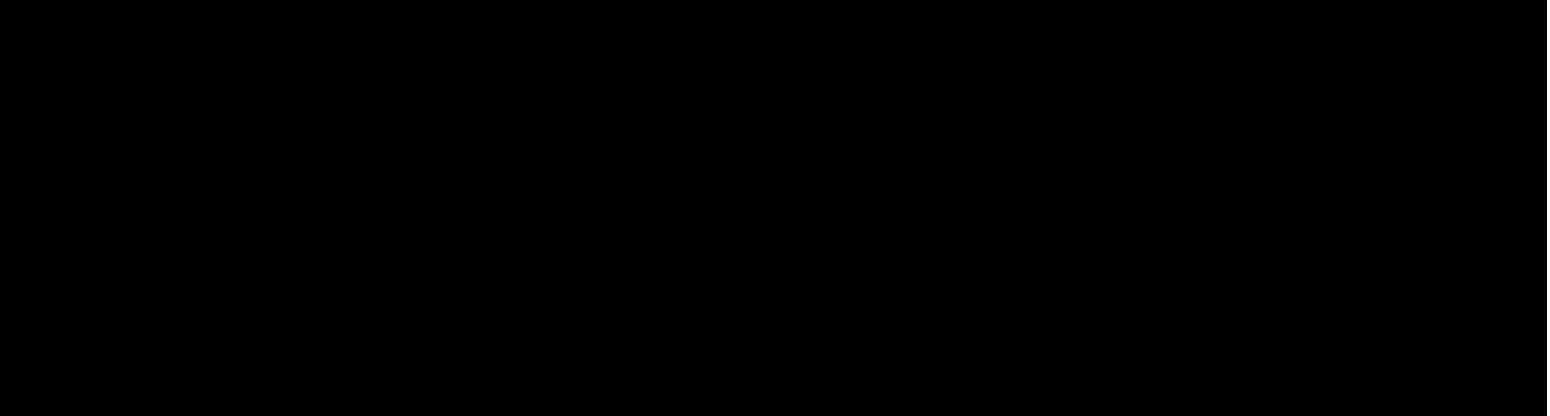
PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

OB

Fecha	20/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Oficina Regional

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



Desarrollo

- Se realizó el registro de actividades en plataforma Micos.
 Registrando Actividades realizadas.

- Se registró en Cuentas de campo y redes.





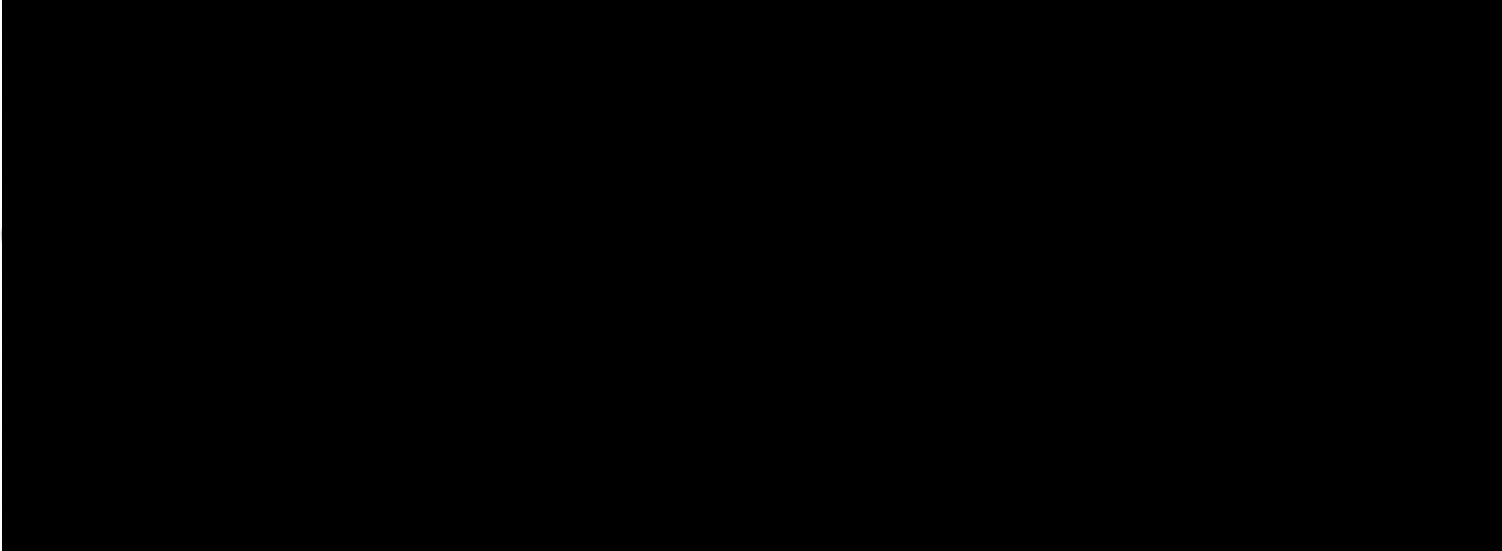
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

09

Fecha	13.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Peñuela
Lugar de realización	Oficina

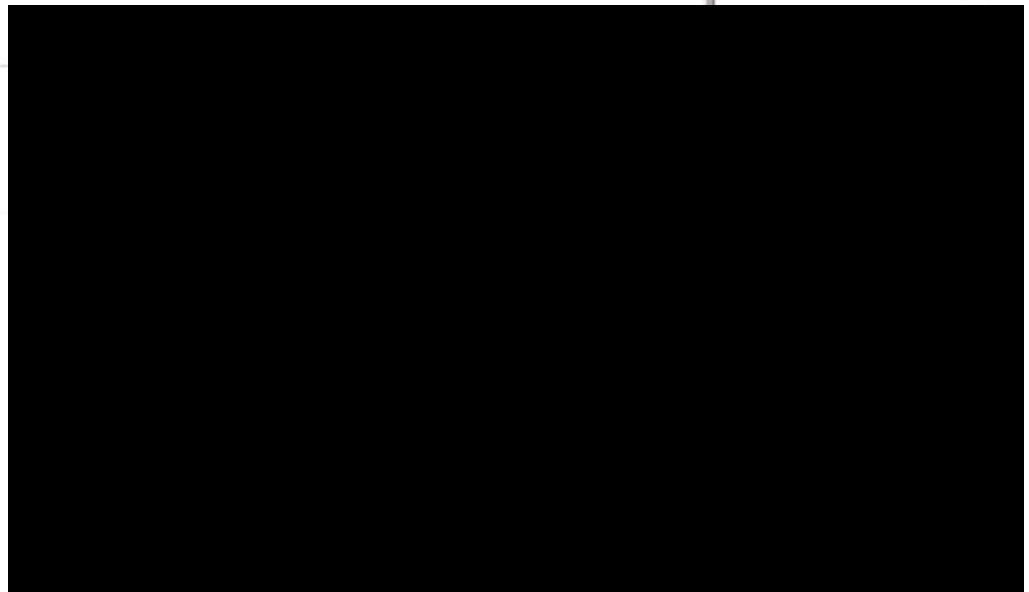
Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



Contenido de la reunión AC

Desarrollo

Se hizo un breve resumen de los temas tratados en la reunión anterior, se revisó el avance de los trabajos en desarrollo, se abordó el tema de la gestión de recursos humanos y financieros. Durante la jornada se revisaron los documentos de trabajo y se acordó el plan de trabajo para el próximo periodo.



PRLAC N°04.1

11

Acta de Reunión

Fecha	08/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Putre Huancabamba
Lugar de realización	Oficina Maplan

Nombre y apellido	Cargo institución organizadora	Cargo Instruccion
[Redacted Content]		

Desarrollo

Se realizó articulación entre equipo S40 y SSEE: revisando los casos de riesgo y coordinando con el comité de atención de Planes de trabajo de intervención disciplinaria y seguimiento de casos con mayor vulnerabilidad

[Redacted Content]		
--------------------	--	--



PRLAC N°04.1

17

Acta de Reunión

Fecha	06/05/2026
Hora	14:00 - 17:00
Comuna	Rodrigo Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kadan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
[Redacted]		

Desarrollo

Se realizó un taller de sensibilización en presencia de todos los asistentes en situaciones.

Se revisó el estado de campo y situación de salud.

[Redacted]

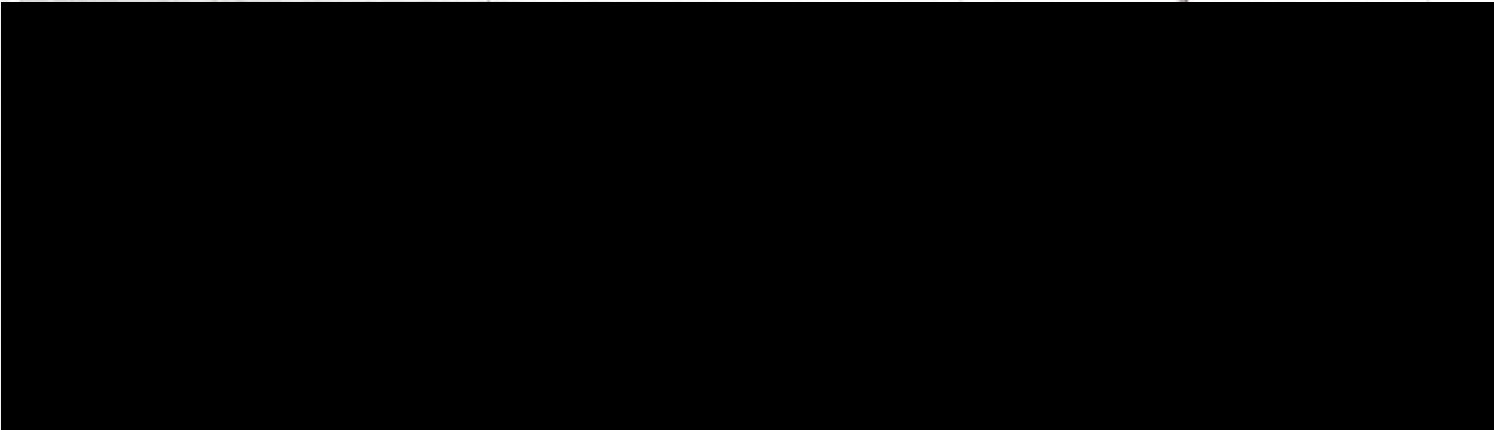


PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

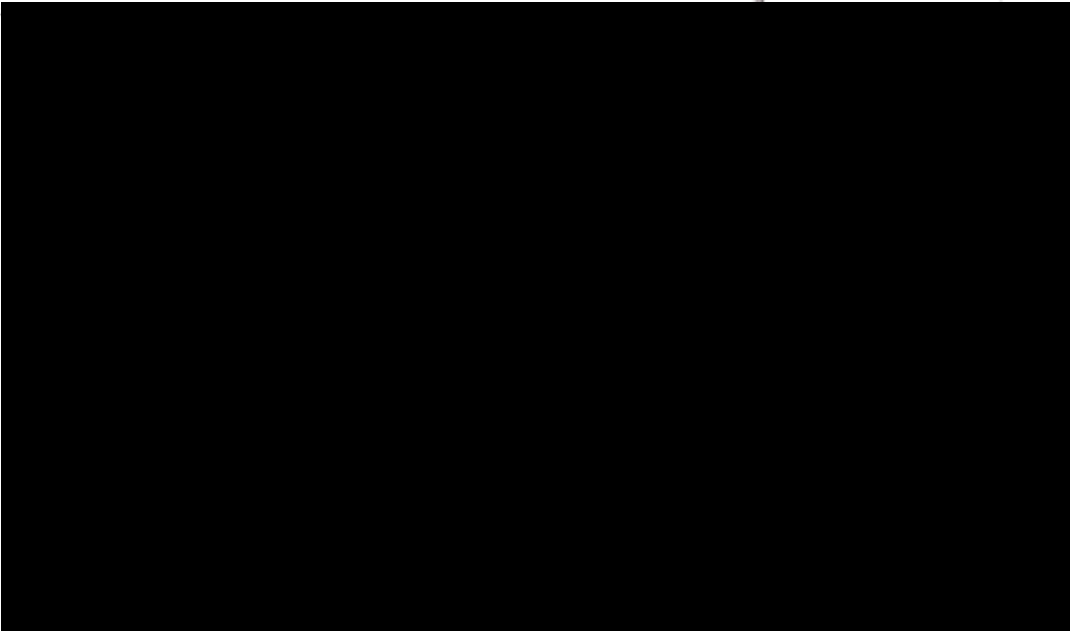
Fecha	22/04/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Paqueta Antofagasta
Lugar de realización	Oficina de Apoyo

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



Desarrollo

Se realizó reunión en Plataforma Zoom, registrando los acuerdos.
 Se registra Cuadro de Campo y actualización de datos.





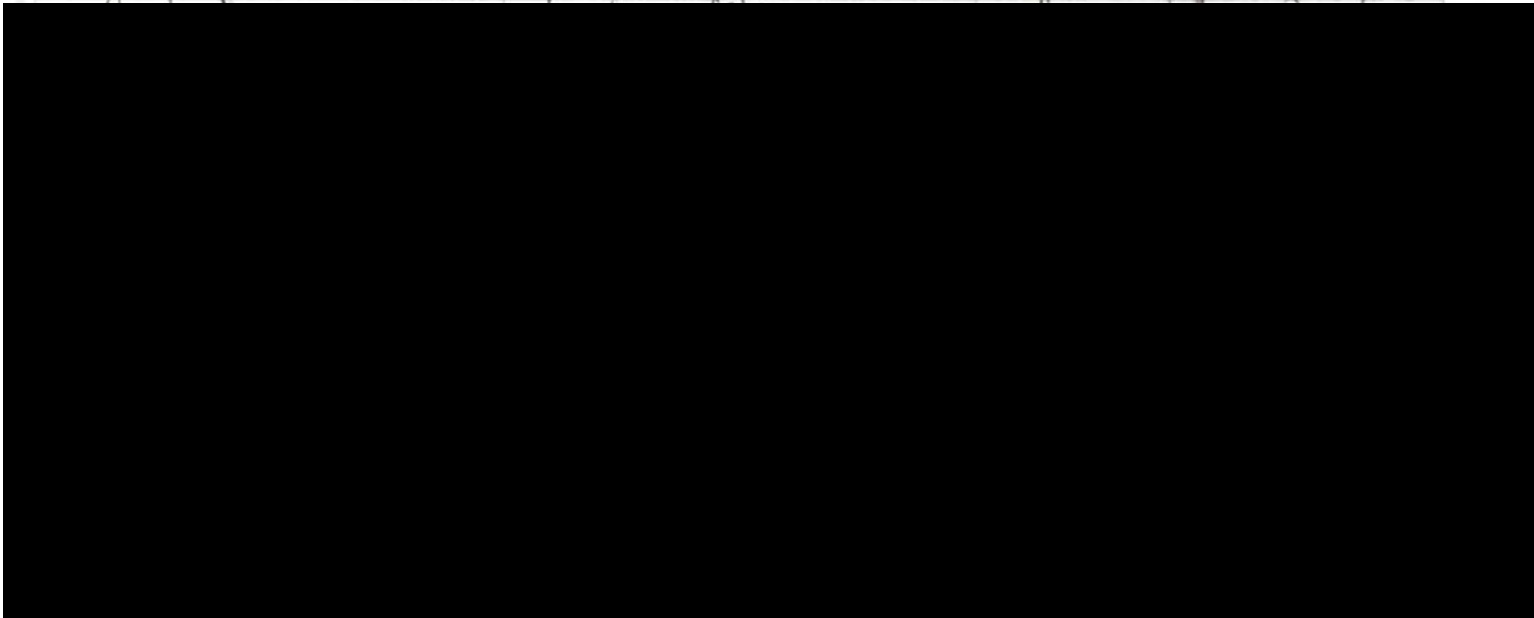
14

PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	27/04/2022
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Duke Fortuna
Lugar de realización	Openie busplus

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------

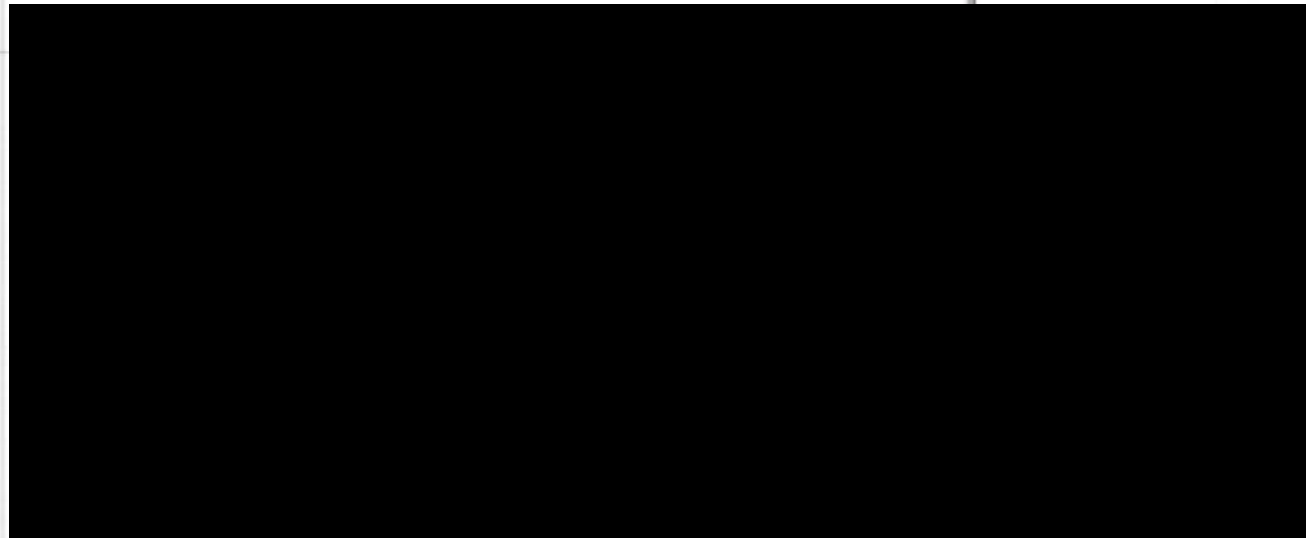


Desarrollo

Se realizó actividad de autocuidado realizada por grupo Comunitario, realizamos actividades de juego interactivo.

- El Corcudo de agradecimiento
- Dos verdades y una mentira.
- Técnica Mindfulness
- Juego activo con Act. Físico.

Entre técnicas son para prevenir lesiones físicas y reducir el estrés mental.





15

PRLAC N°04.1

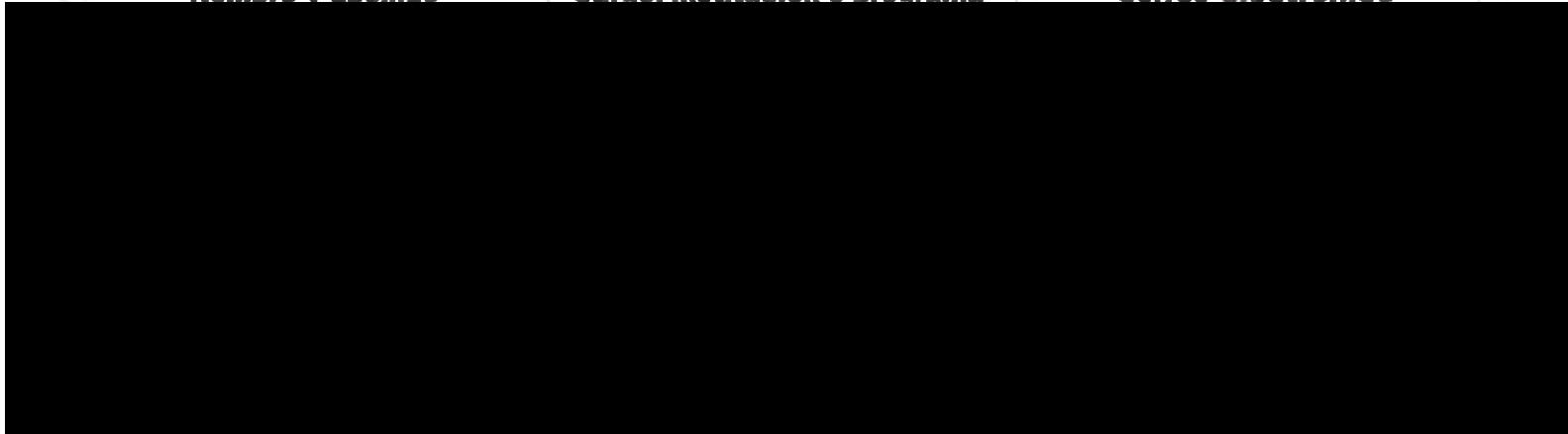
Acta de Reunión

Fecha	29.01.2020
Hora	10:00 a 12:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Oficina Hipólito

Nombre y apellido

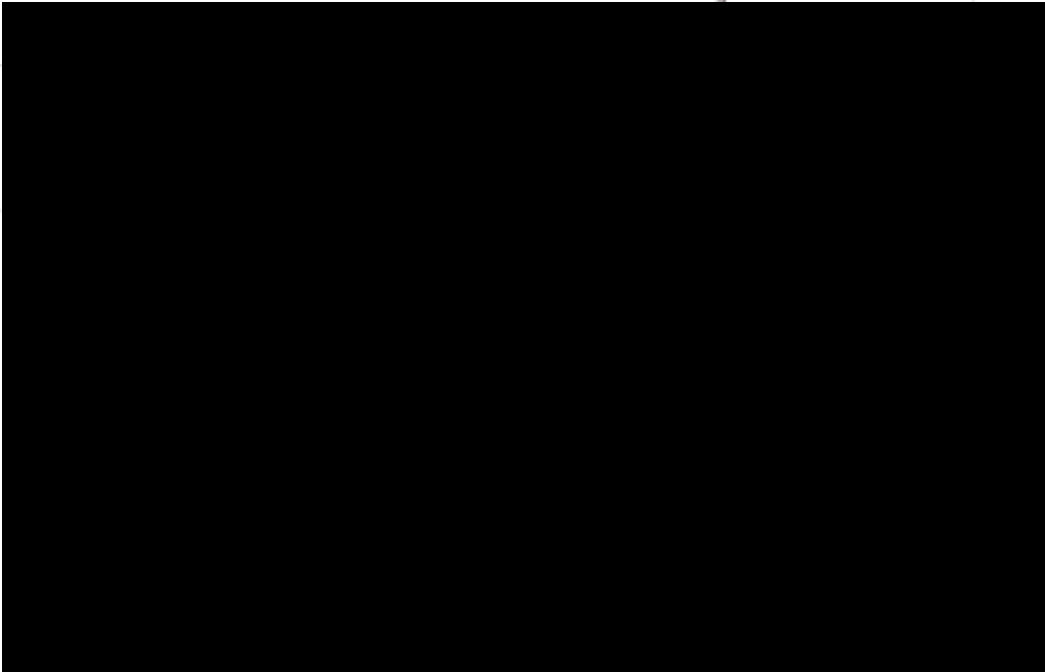
Cargo, institución o programa

Correo electrónico



Desarrollo

Se realizó trabajo administrativo sobre las Atenciones realizadas a Partoformas. Revisó registros de Cuadros de tiempo y Atenciónes.



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

Plan de Apoyo SAD

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

v052

(A)

Horario: 13:15 e 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	0
2	7
4	
Observaciones	
usuario colabora	

Horario: 13:15 e 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 3/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5
2	7
4	
Observaciones	
usuario estable	



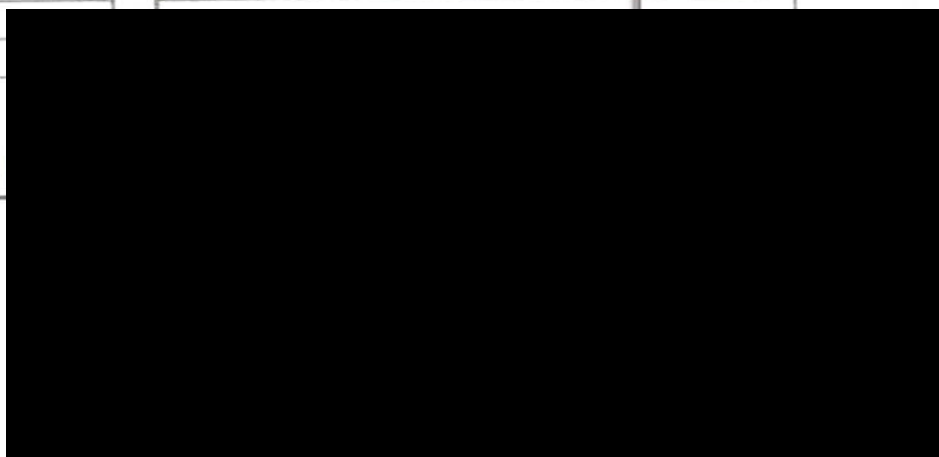
Horario: 13:15 e 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/5/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5
2	7
4	
Observaciones	
usuario estable	

Horario: 13:15 e 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/5/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5
2	7
4	
Observaciones	
usuario estable	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/10/26	
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	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

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

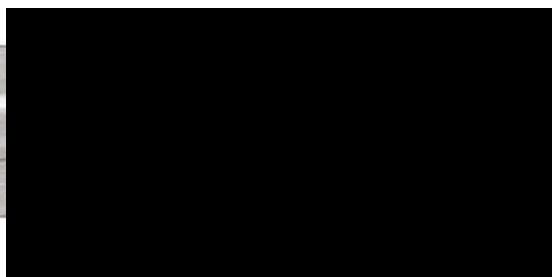


Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

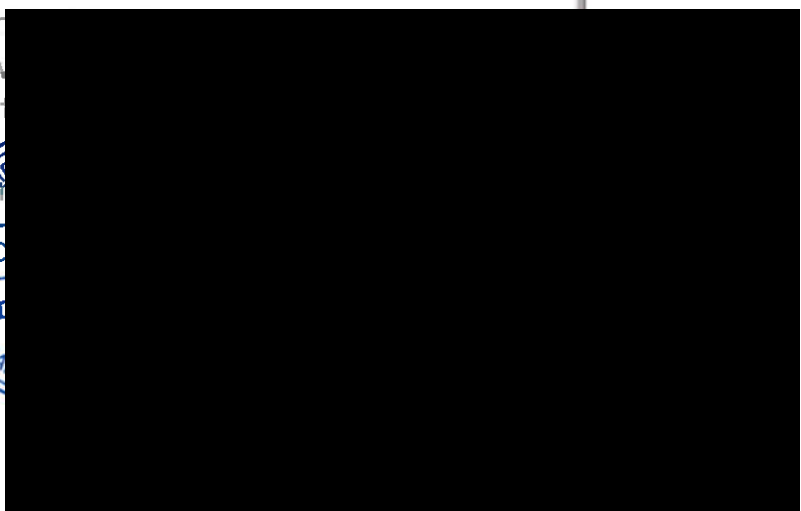
RUT

ID



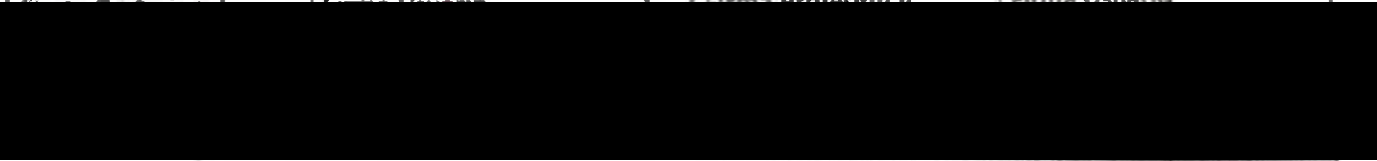
Plan de Apoyo SAD

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



Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/4/26	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	
3	7 14
4	10
5	11
Observaciones	
usuario estable	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/4/26	2
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
3	7 14
4	10
5	11
Observaciones	
usuario colabora con actividades	
Firma Profesional	Firma Usuario



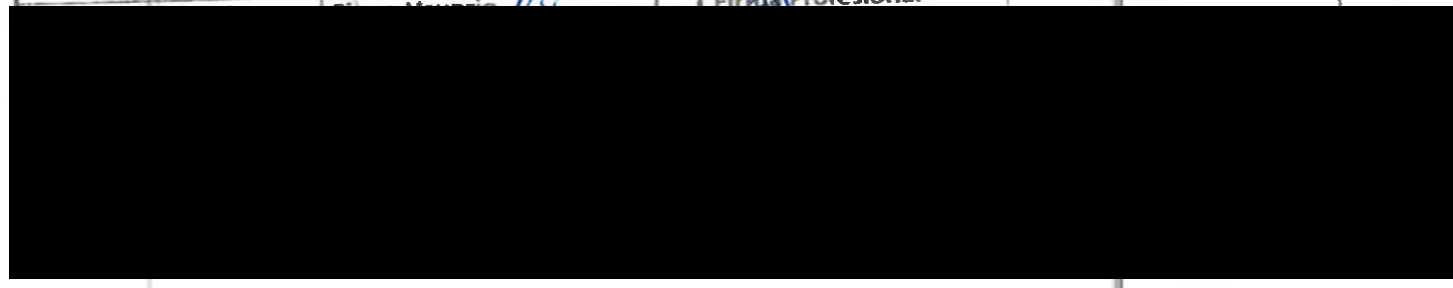
Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/5/26	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
3	7 14
4	10
5	11
Observaciones	
usuario estable	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/6/26	7
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	7 14
4	10
5	11
Observaciones	
usuario muy colaborador	
Firma Profesional	Firma Usuario



Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/5/26	
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	7 14
4	10
5	11
Observaciones	
usuario muy colaborador	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión:	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

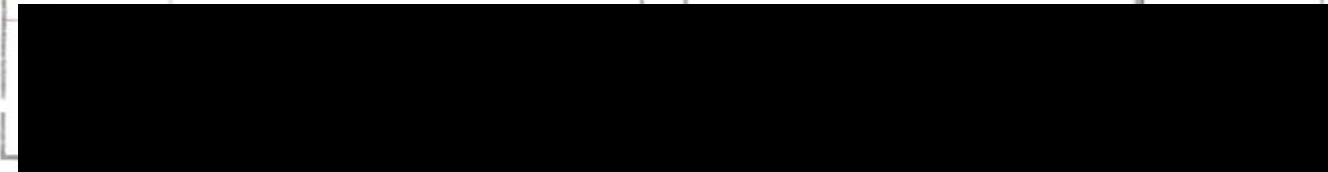
Plan de Apoyo SAD

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 [REDACTED]
habita mayormente la p[REDACTED]
28. Orden de la cama y [REDACTED]
29. Apoyo o acompañamie[REDACTED]
o de interés de la pe[REDACTED]
barrial.
30. Apoyo y acompañamie[REDACTED]
y de salud.

2

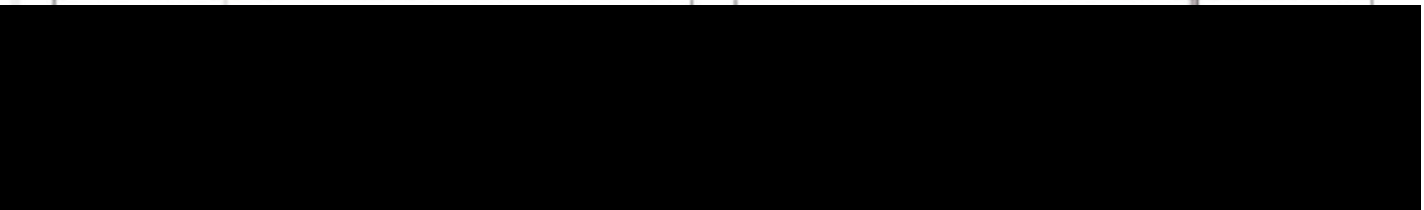
Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 2/14/21	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	17
14	22
Observaciones	
usuario colaborativo	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 2/14/21	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	17
14	22
Observaciones	
usuario estable	



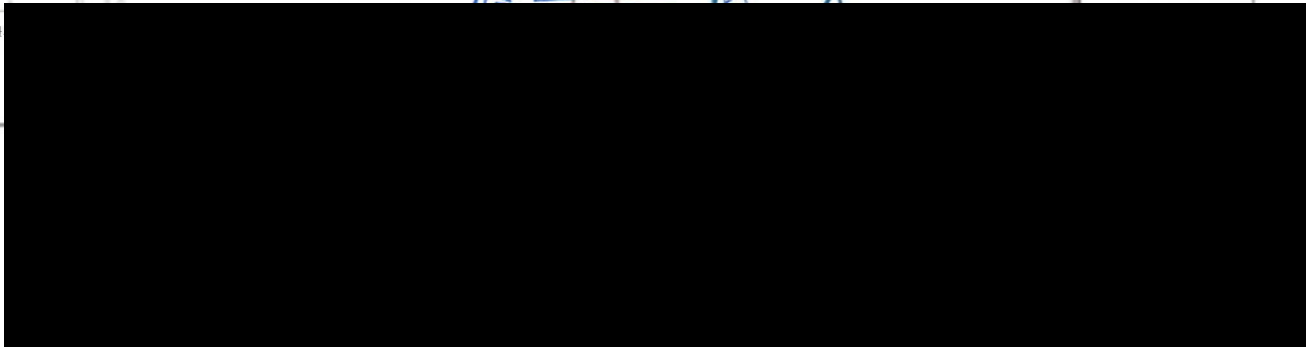
Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 5/5/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	17
14	22
Observaciones	
usuario muy solitario	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 12/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	17
14	22
Observaciones	
usuario estable	



Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/5/26	
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	
1	17
17	22
Observaciones	
usuario estable	
Firm	

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

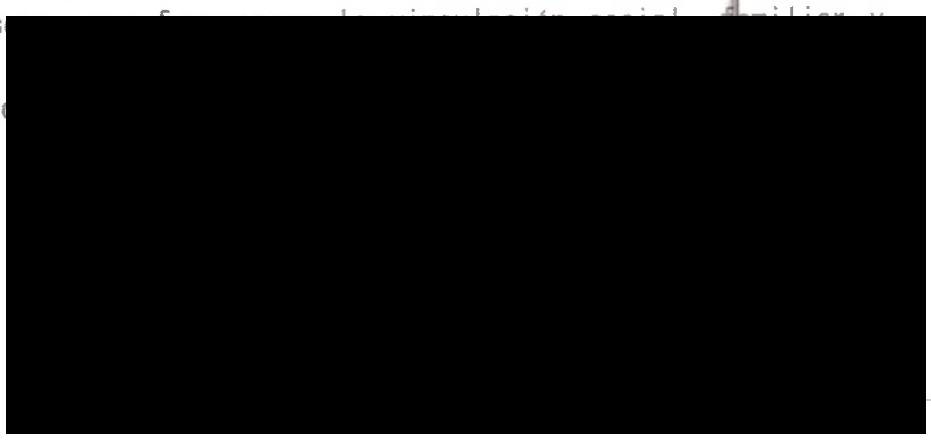


Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

Plan de Apoyo SAD

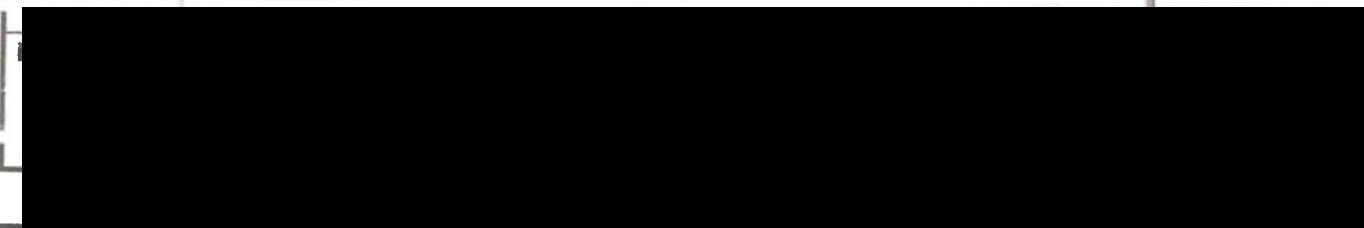
1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, o preparación de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la cistita o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado 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, familia, comunidad, social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.



27

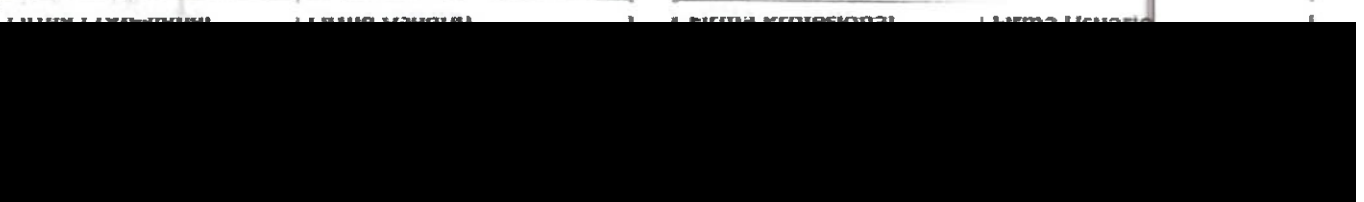
Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 23/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5 15
2	7
4	10
Observaciones	
usuario estable	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 20/4/26	
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	
1	5 15
2	7
4	10
Observaciones	
usuario colabora	



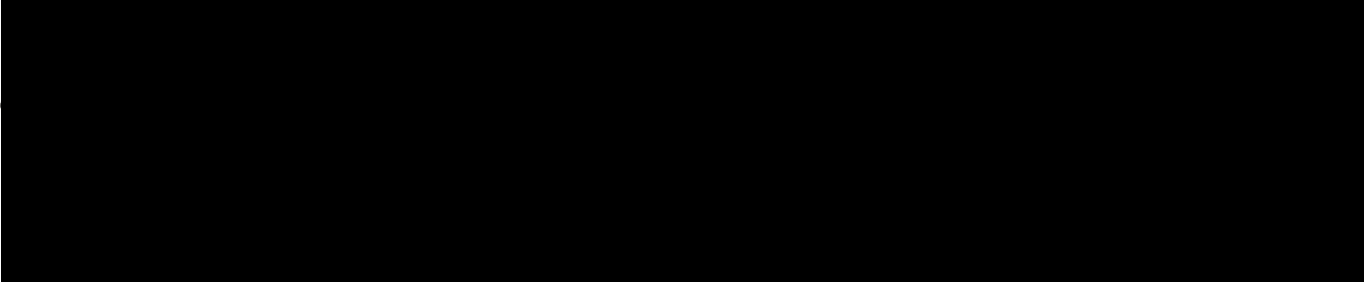
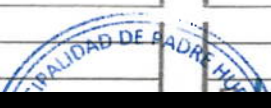
Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 7/5/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5 15
2	7
4	10
Observaciones	
usuario estable	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 14/5/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5 15
2	7
4	10
Observaciones	
usuario estable	



Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 21/05/26	
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	
Feriado	
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	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

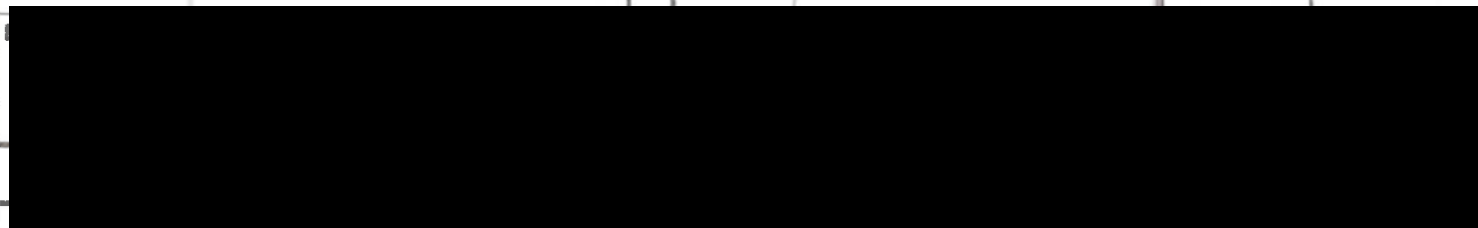
Plan de Apoyo SAD

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, en donde 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 y de integración de la persona
30. Apoyo y acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas y de integración de la persona en el barrio.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas y de integración de la persona en el barrio.

25

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/4/26	
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"/>	2.
SAD Actividades	
1	5 15
2	11
Observaciones	
Usuario delres: no	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/4/26	
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"/>	4
SAD Actividades	
1	5 15
2	11
Observaciones	
Usuario Somnoliento	



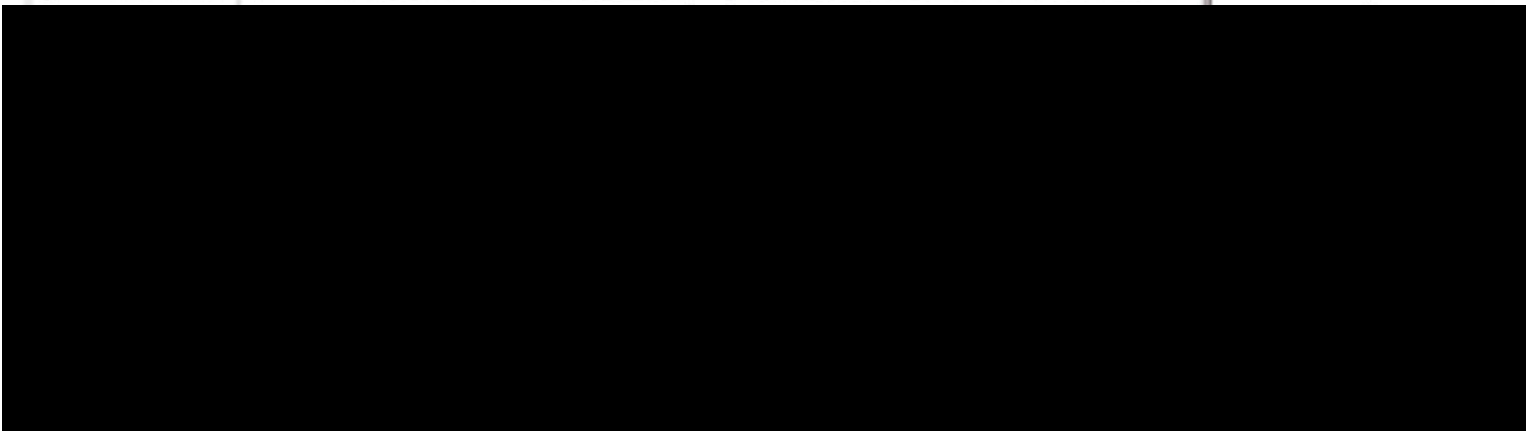
Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 28/4/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2	2 12
4	11 14
Observaciones	
Usuario estable	

Horario: .	N° de Sesión
Fecha de sesión: 1/5/26	
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	
Falta de atención	
Observaciones	



Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/5/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5 15
4	14
Observaciones	
Usuario Alimosa	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/5/26	
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	
1	5 15
4	14
Observaciones	
Usuario molesto	



Poncho

26

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/5/26	
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	
1	5 15
2	11
4	14
Observaciones	
usuario estable	
Firma Profesional	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/5/26	
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 checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5 15
2	11
4	14
Observaciones	
usuario webstore	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/5/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5 15
2	11
4	14
Observaciones	
usuario animoso	

Horario: 9:00 e 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/5/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	5 15
2	11
4	14
Observaciones	
usuario con hambre	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
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"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

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



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

(27)

NOMBRE	[REDACTED]
DUI	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

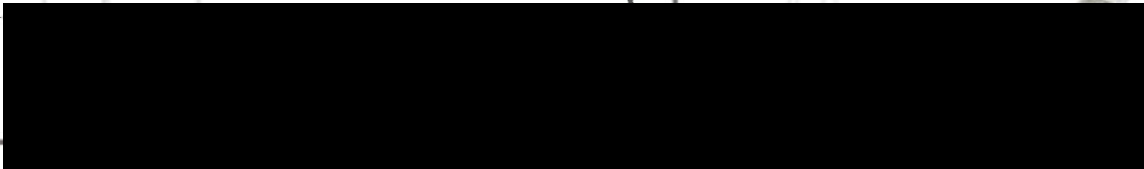
Plan de Apoyo SAD

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. Anovo en transferencias.
20. Manejo postural.
21. Prevención de caídas.
22. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.
23. Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.
24. Apoyar la correcta administración de medicamentos prescritos.
25. Manipulación y preparación de alimentos.
26. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
27. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Orden de la cama y cambio de ropa de cama.
29. Apoyo o acompañamiento o de interés de la persona en el ámbito familiar.
30. Apoyo y acompañamiento en el ámbito social y de salud.

28

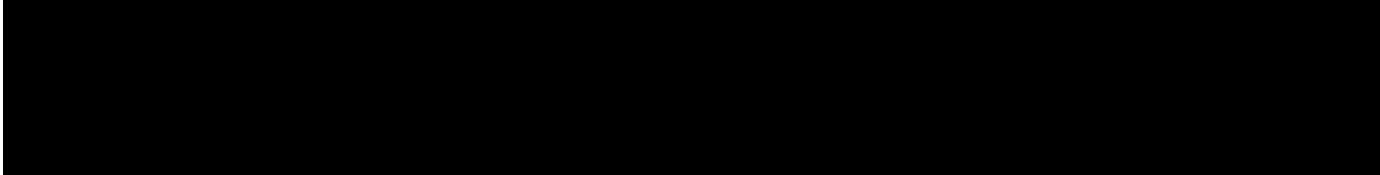
Horario: 13:15 a 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	7
2	4
3	11
Observaciones	
Usuario animosa	

Horario: 13:15 a 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	7
2	4
3	11
Observaciones	
Usuario muy Alegre	



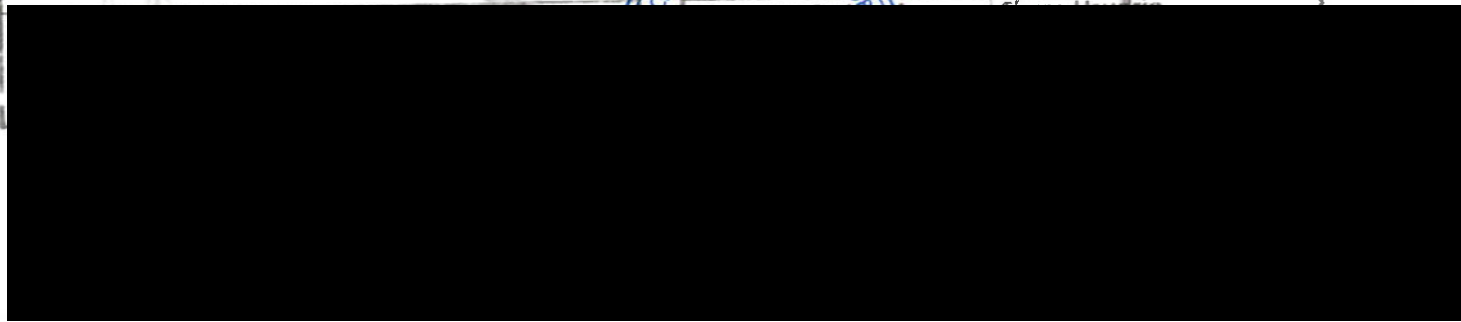
Horario: 13:15 a 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 1/5/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	7
2	4
3	11
Observaciones	
Usuario con dolor Art: Codo	

Horario: 13:15 a 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 1/5/26	
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	
1	7
2	4
3	11
Observaciones	
Usuario con dolor	



Horario: 13:15 a 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/5/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1	7
2	4
3	11
Observaciones	
Usuario muy animosa	

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

79

NOMBRE	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

Plan de Apoyo SAD

1. Dato / fecha.
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 recreativas, culturales, religiosas o de interés de la persona, que favorezcan su bienestar y desarrollo social.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites y de salud.

MINI

varrete
ora SAD
ed. L. de D.
Cuidados
Padre Hospital

30

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/26	
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	
1. 5.	
2. 7	
4. 9	
Observaciones	
usuario estable	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/4/26	
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	
1. 5	
2. 7	
4. 9	
Observaciones	
usuario colaborador	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 4/5/26	
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	
1. 5	
2. 7	
4. 9	
Observaciones	
usuario en ferreo de estomago	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/5/26	
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	
1. 5	
2. 7	
4. 9	
Observaciones	
usuario le cuesta bajar la	

Horario: 9:00 a 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/5/26	
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	
1. 5	
2. 7	
4. 9	
Observaciones	
usuario estable	

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	

IDAD DE PADRE