



07

Informe de pago mensual

Funcionario: Patricia Martínez Rubilar

Rut

Car [REDACTED] **ados**

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.



04

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

B. Eliminación y control de esfínteres

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

C. Movilidad y funcionalidad

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

D. Estimulación y apoyo psicosocial

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

E. Apoyo en salud y tratamientos

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

F. Alimentación

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

G. Apoyo domiciliario

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

H. Apoyo en gestión y redes

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

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

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

Durante el mes de 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 participé en actividades organizadas por la DIDECO, El día 9 de mayo de las 13:00 a las 20:00





DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
Y Cuidados**

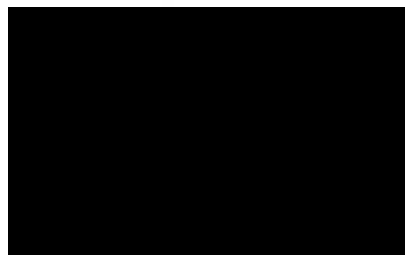


Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
20 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	21 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:00 a 17:00	22 Juana Contreras 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	23 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	24 Juan Arenas 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
27 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	28 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:00 a 17:00	29 Juana Contreras 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	30 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	

Calendario de mayo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
4 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	5 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:00 a 17:00	6 Juana Contreras 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	7 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	8 -Juan Arenas 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
11 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	12 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:00 a 17:00	13 Juana Contreras 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	14 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Simón Sepulveda 13:00 a 17:00	15 Juan Arenas 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
18 Javiera Sotoconil 9:00 a 12:45 -Eduardo Molina 13:00 a 17:00	19 Rafael San Martín 9:00 a 12:45 Ariel Esparza 13:00 a 17:00	20 Juana Contreras 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	21 feriado	22 -Juan Arenas 9:00 a 13:00 Reunión de equipo 14:00 a 17:00





PRLAC N°04.1

07

Acta de Reunión

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

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

Desarrollo

Se realizó reunión en plataforma Zoom, registrando los acuerdos.
 Se registra consenso de campo y actualización de datos.

[Redacted]

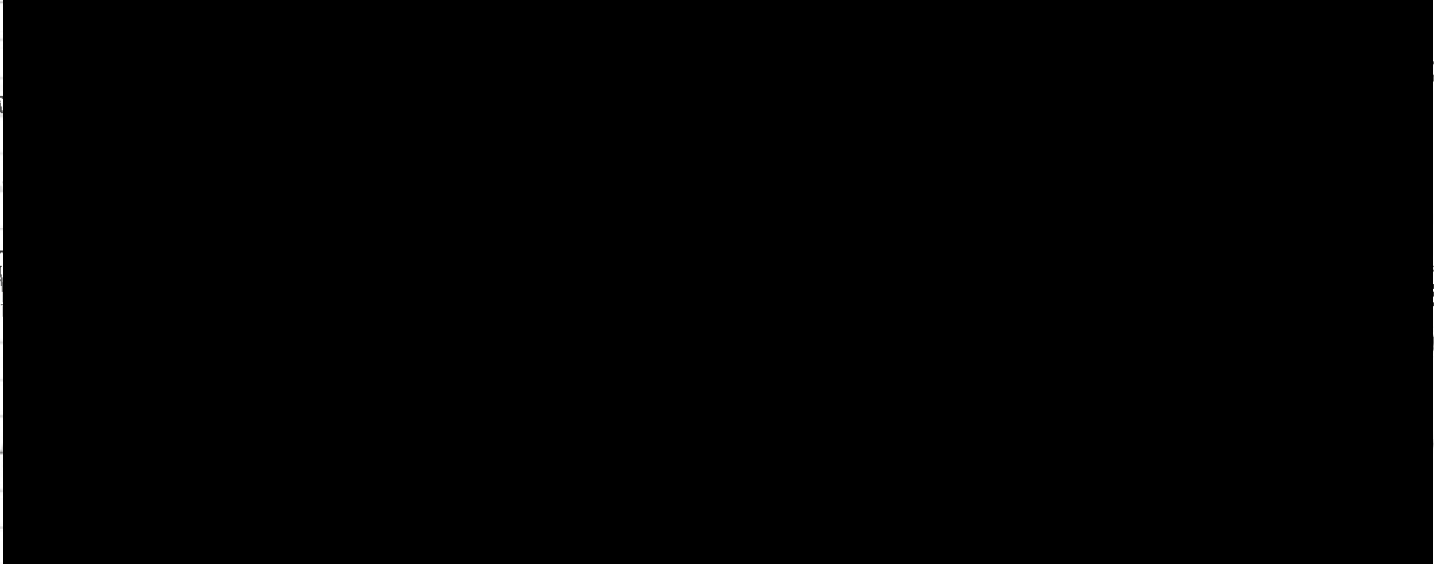
PRLAC N°04.1

08

Acta de Reunión

Fecha	24/04/2022
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Duque de Caxaro
Lugar de realización	Oficina de apoyo

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



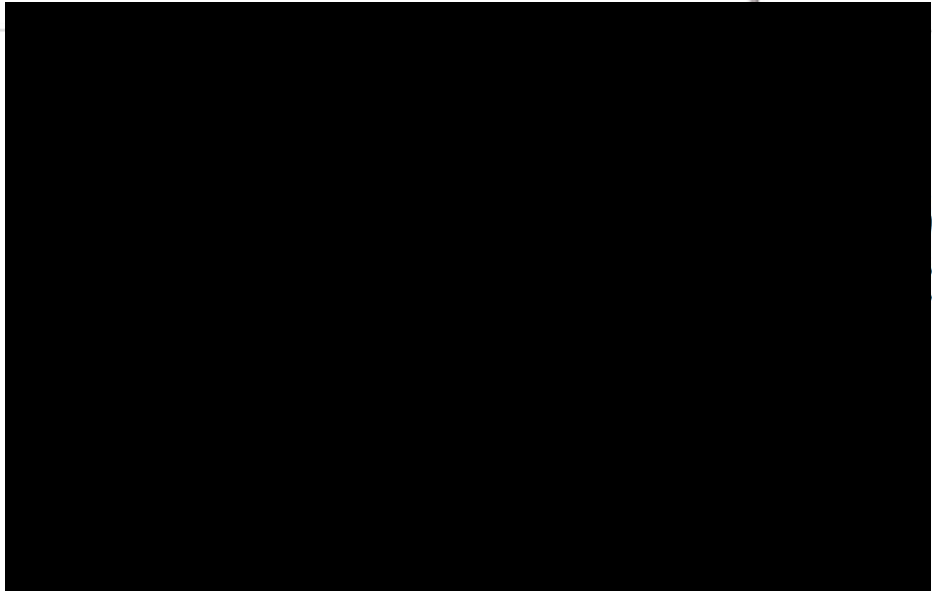
German Leiva	Encargado PAF	German.leiva@chilecuida.cl
--------------	---------------	----------------------------

Desarrollo

Se realiza actividad de autocuidado realizada por parte de Comunitarios, realizamos actividad de juego interactivo.

- Et. Corca de agradecimiento
- Dos verdades y una mentira.
- Técnica Mindfulness
- Juego interactivo con los temas.

Entre técnicas son para prevenir temas físicos y reducir el estrés mental.



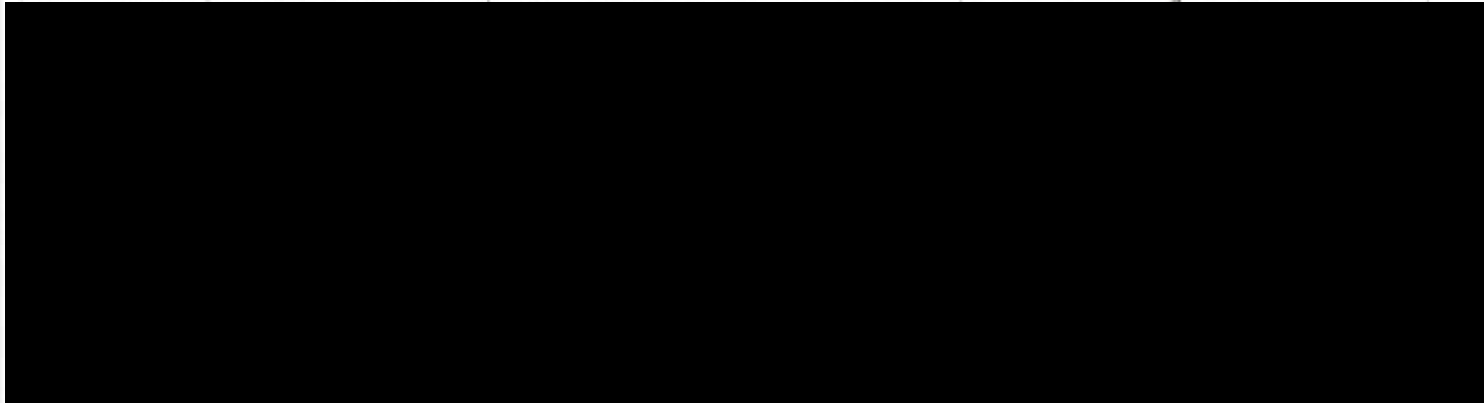


PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

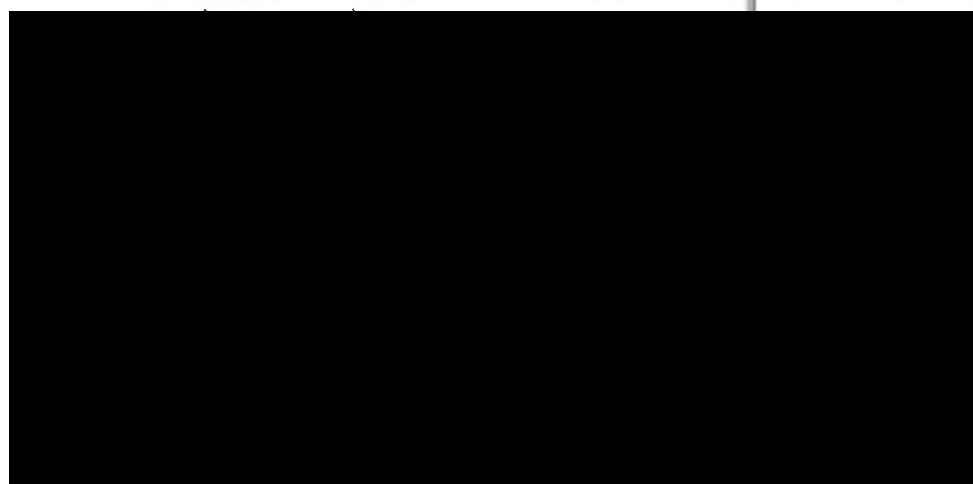
Fecha	28.01.2026
Hora	15:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Regional

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



Desarrollo

Se realizó trabajo administrativo sobre las Atenciones realizadas en formato diverso. registros de cuadros de campo y Atenciones. Tesis.



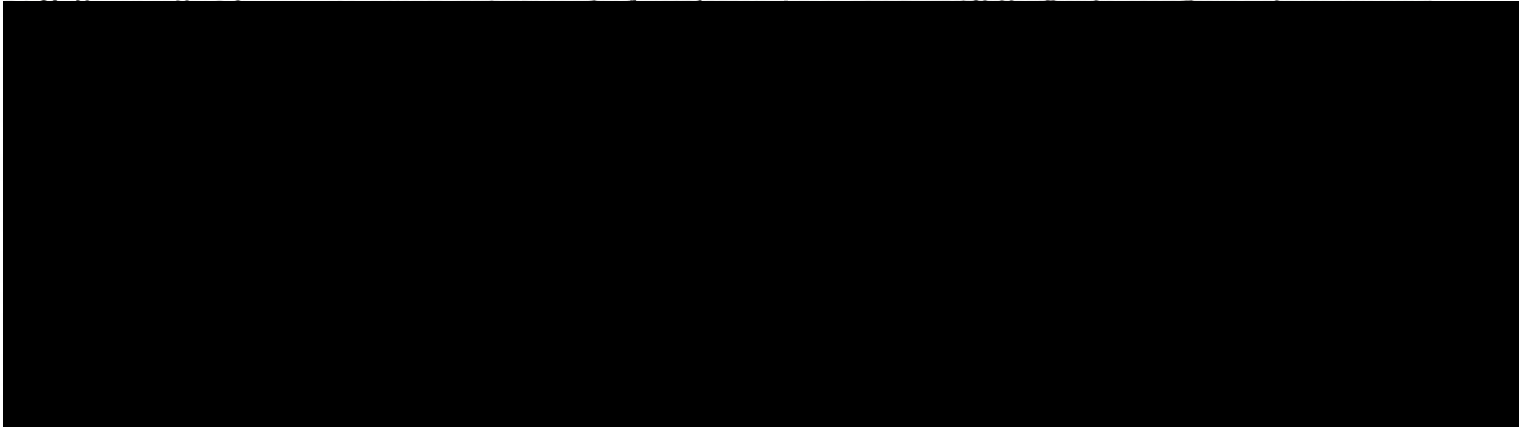


PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

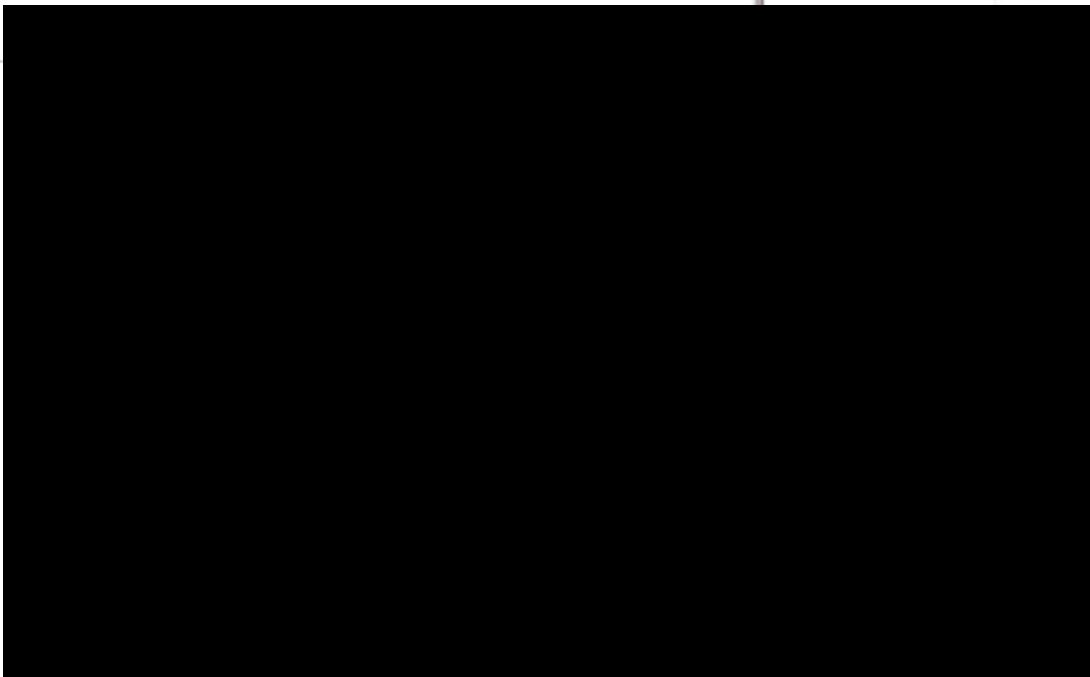
Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



Desarrollo

Se realizó un taller de sensibilización en procedimientos técnicos y administrativos en situaciones de emergencia.

Se realizó un taller de campo y actualización de datos.





PRLAC N°04.1

11

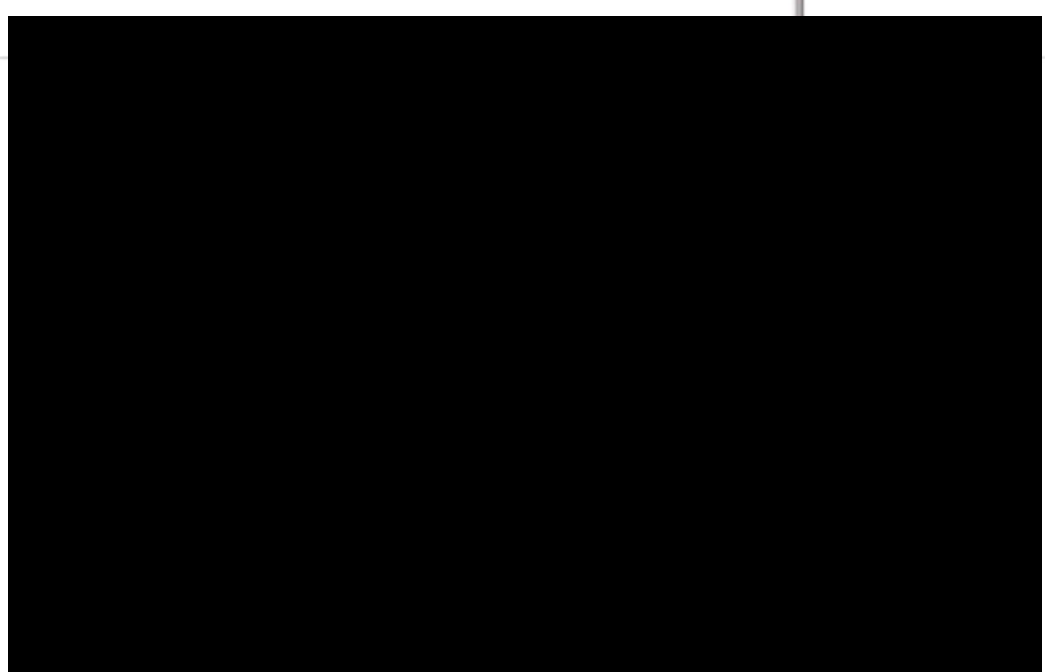
Acta de Reunión

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

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

Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos SATO y SSOE Vermeulen. Caso de interés y coordinación con sus comuna, además de planear la integración de intervenciones multidisciplinarias y seguimiento de usuarios con Mayor Vulnerabilidad





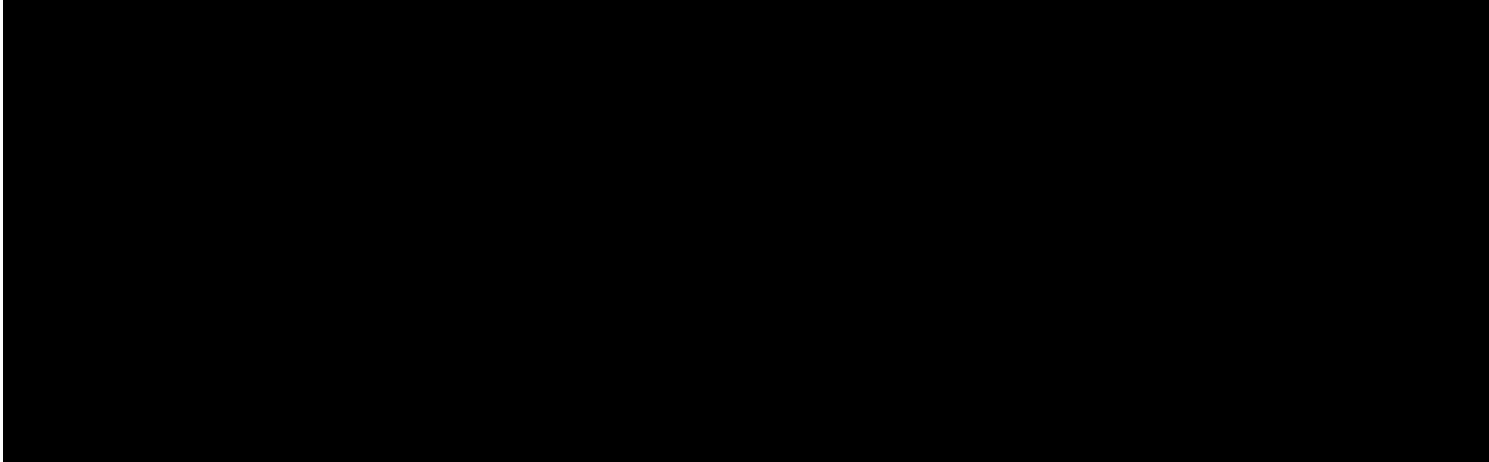
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

12

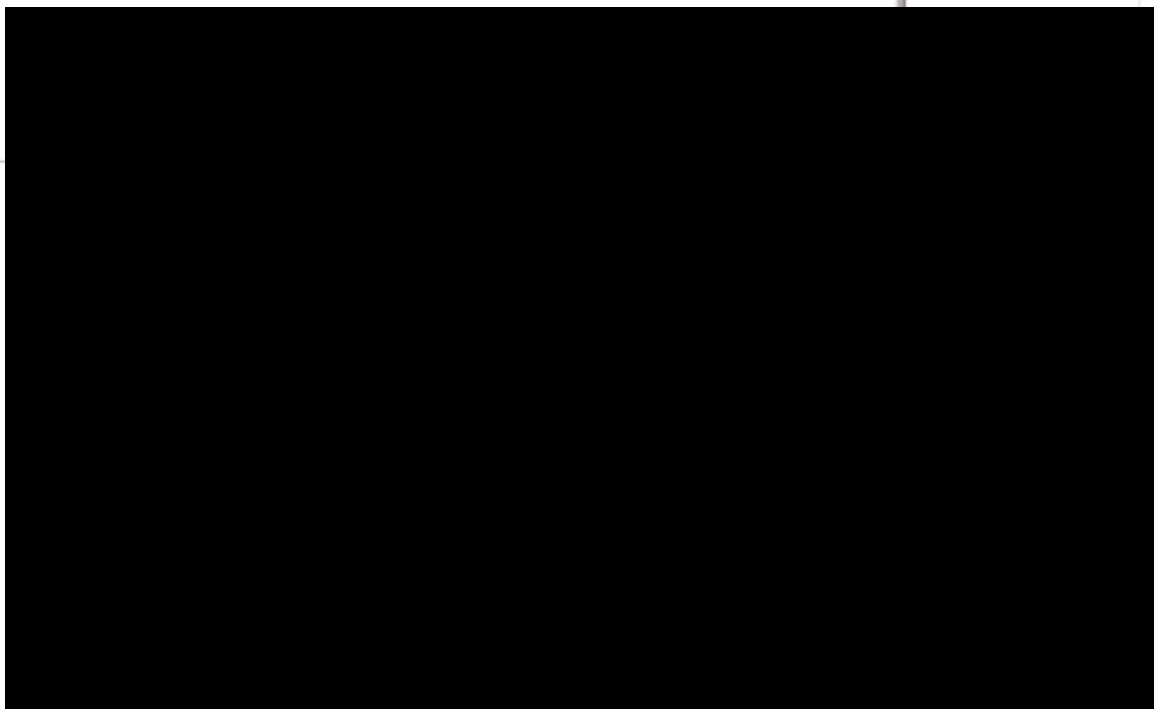
Fecha	13/05/2022
Hora	11:00 a 12:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Inspección

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



Desarrollo

Se realiza en plataforma Teams, registrando los asistentes
 Se repiten en Cuadro de Curso y Actualización de RCM.





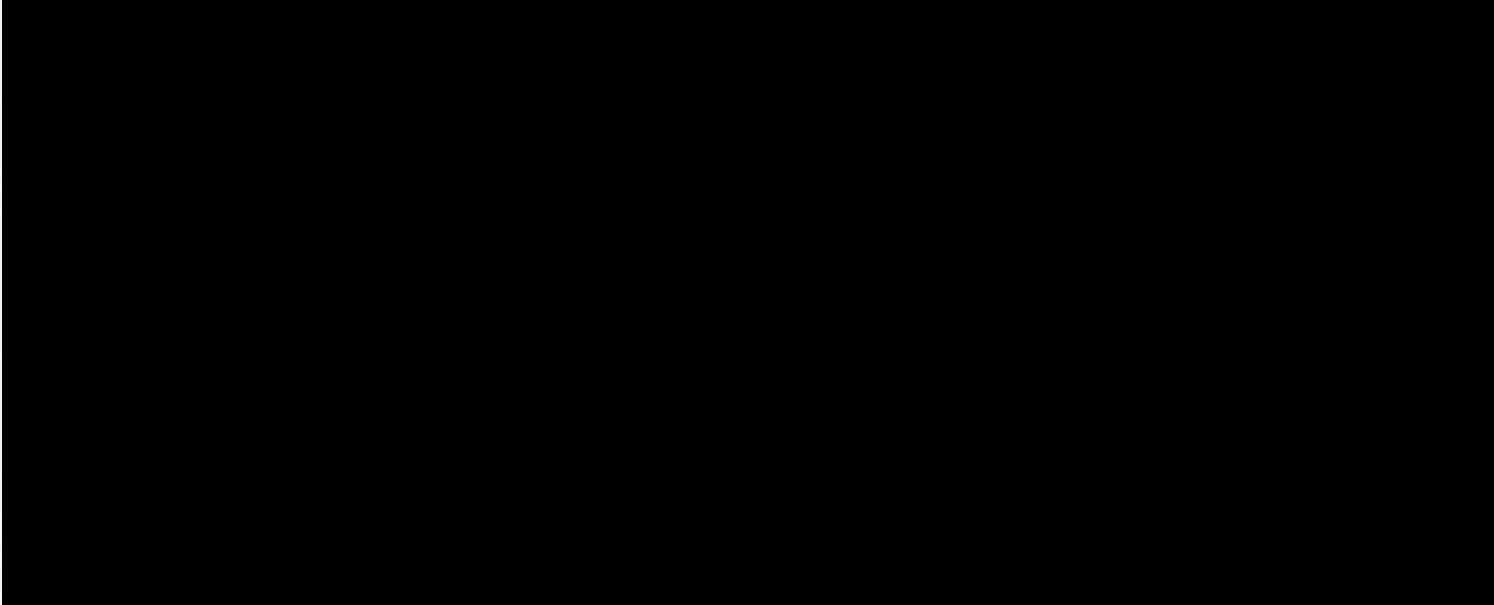
PRLAC N°04.1

17

Acta de Reunión

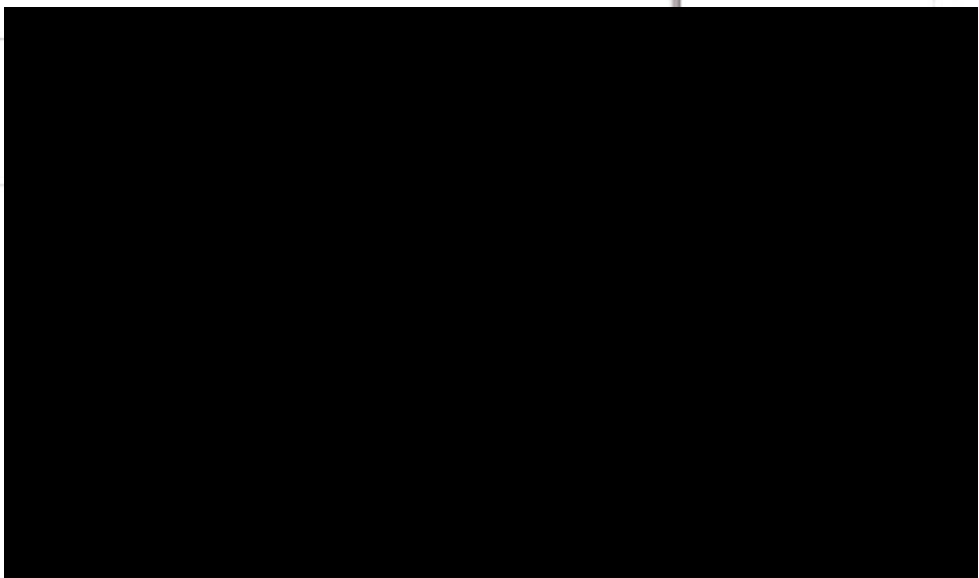
Fecha	15.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Apoyos

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



Desarrollo

Se hizo un taller llamado: Cuentos entre Explota 540 y 555. Preparado en colaboración de los con. con. Nilsa, Dada, de Apoyos, Pórcel y Fierro. Durante la jornada se realizó un taller, historias y estrategias de acompañamiento digital para usuarios y cuidadores.





14

PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

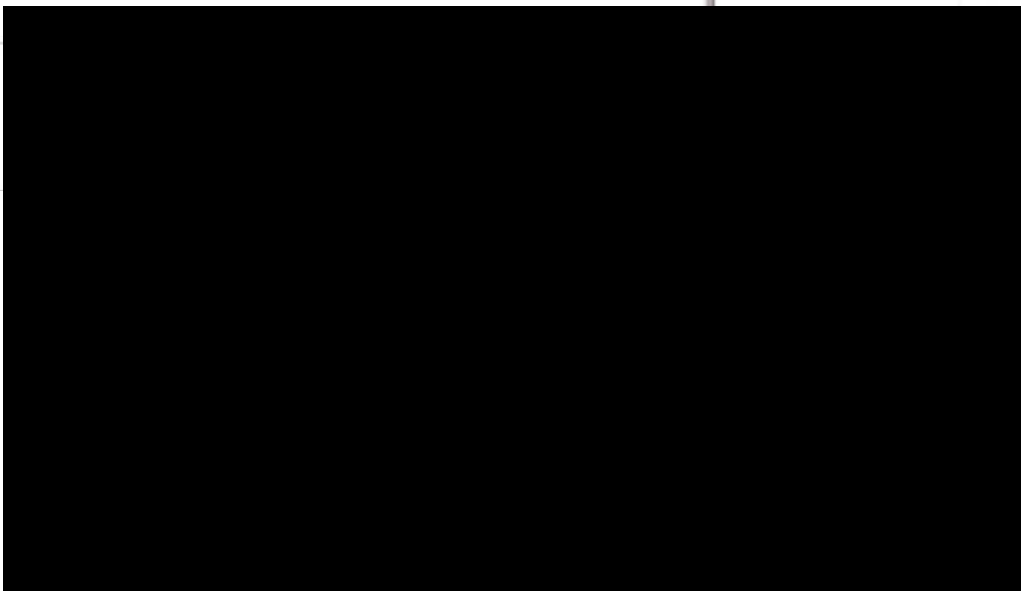
Fecha	20/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Reñaca
Lugar de realización	Oficina propia

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



Desarrollo

- Se realiza registro administrativo en plataforma Mises.
- Registros Atenciones realizadas.
- Se registra en Cuadern de campo y notas.



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

16

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 de cama.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona, o barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para y de salud.

17

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Tranquilo con molestias en su brazo por la...	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Tranquilo más tranquilo pero la molestia de la brazo...	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 28/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Tranquilo apetito por un tipo de memoria...	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Tranquilo con sonambulismo por la noche...	

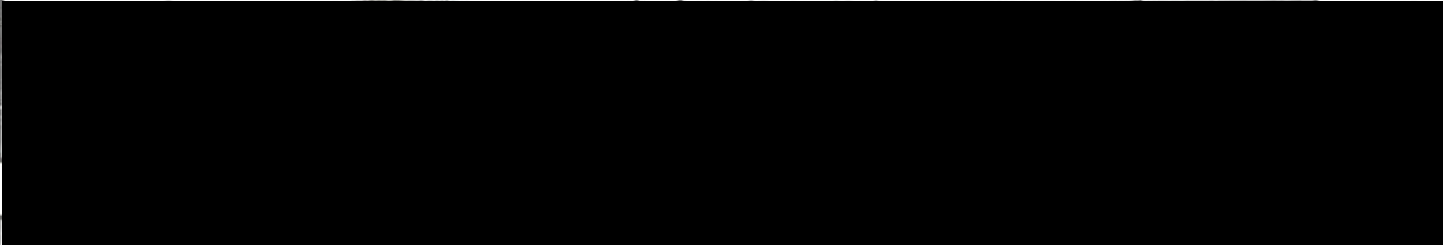
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 05/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Tranquilo refiere molestias por vómitos y dolor en	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 07/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Tranquilo con un apetito con dolor estomacal	

18

Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Reunión presupuestal en transito en el banco	

Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Reunión con el banco del Estado para el cambio de	

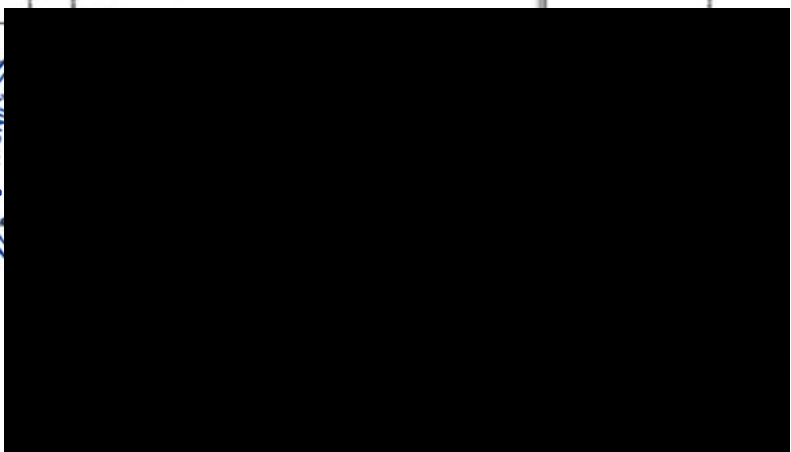


Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
14-16-17-21-22-23-24	
25-26-27-28-30	
Observaciones	
Reunión feliz porque sale a la calle a dar un paseo de los...	
Firma	

Horario: 9:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
TERMINADO	
Firma Profesional	Firma Usuario

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

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



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, que favorezcan la vinculación social familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para [REDACTED] y de salud.



Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/09/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-9-11-12-16-17	
18-19-20-28	
Observaciones	
Tramite con dolor de espal dne y molestia con pueras en sipe	

Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 08/10/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-9-11-12-16-17	
18-19-20-28	
Observaciones	
Paciente con Neumonia en tratamiento	



Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/10/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-9-11-12-16-17	
18-19-20-28	
Observaciones	
Tramite mejora de Asa Neu- tronic. Continuare con Ho.	

Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/10/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-9-11-12-16-17	
18-19-20-28	
Observaciones	
Tramite de buen camino Coopere con actividades	



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

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



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 de ocio o de interés de la persona, comunitarias o barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para el acceso a servicios de salud.

22

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-26-27-28	
Observaciones	
Temario con muchos ejercicios muy escribible	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-26-27-28	
Observaciones	
Temario con problemas de jerarquía	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/08/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-26-27-28	
Observaciones	
Temario muy resuelto con los ejercicios (definición) Sección de texto	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/08/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-26-27-28	
Observaciones	
Temario muy inquieto, presenta aumento de actividad	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-10-11-15-16	
17-26-27-28	
Observaciones	
Temario con duda intenso / ejercicios con tratamiento muy adecuado	

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	

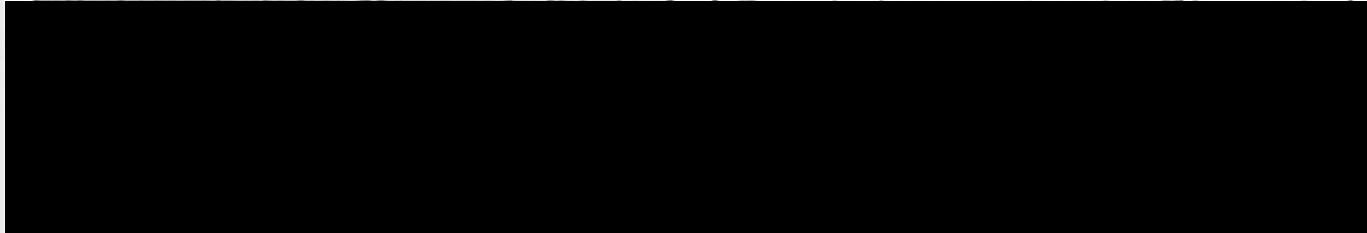
Plan de Apoyo SAD

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 de cama.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la persona, que favorezcan el bienestar comunitario.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites y de salud.

24

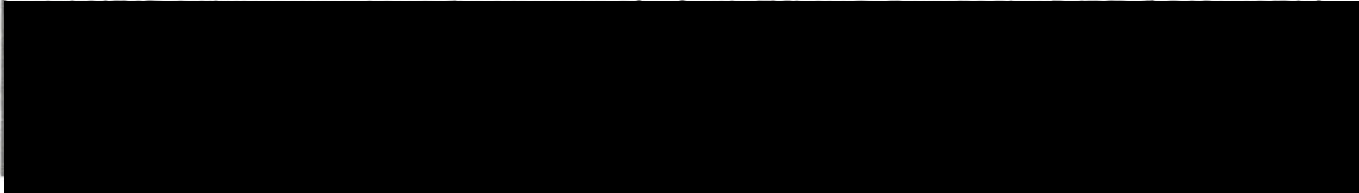
Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-11-15-16-17	
19-20-24-28	
Observaciones	
Usario con problemas dentales por muchas visitas	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 31/07/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-11-15-16-17	
19-20-26-28	
Observaciones	
Usario le extraen una pieza dental para volver dentado	



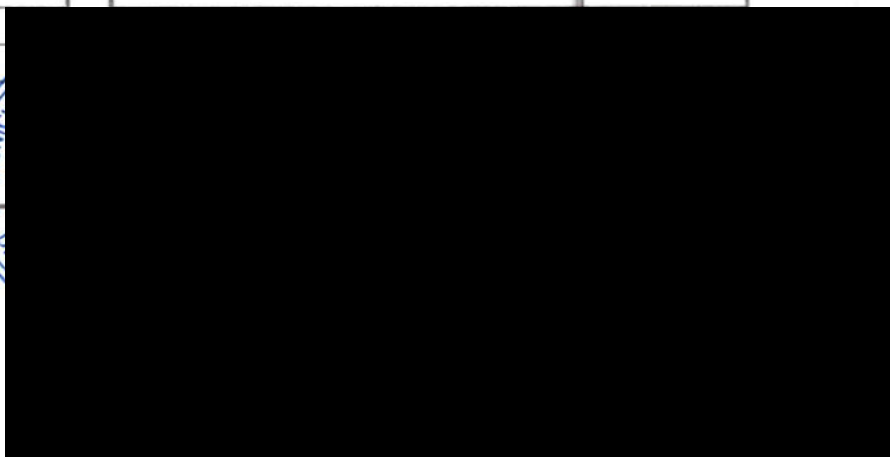
Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 07/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-11-15-16-17	
19-20-26-28	
Observaciones	
Usario muy tranquilo mejor en visitas dental	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-7-10-11-15-16-17	
19-20-26-28	
Observaciones	
Usario con problemas de dentadura mal hecha dentado	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/05/2024	
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	
FERIADO	
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	[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 [REDACTED]
29. Apoyo o acompañamiento en act[REDACTED] o de interés de la persona, que [REDACTED] barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para tr[REDACTED] y de salud.

26

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 28/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-3-4-7-8-9-11-12	
13-15-16-24	
Observaciones	
Resumo muy tranquilo con poca actividad	
Cesetlar	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-3-4-7-8-9-11-12	
13-15-16-24	
Observaciones	
Resumen desorientado en espacio y tiempo	
Anexo: video	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-3-4-7-8-9-11-12	
13-15-16-24	
Observaciones	
Reserva de buen ánimo	
Reserva de actividad por	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-3-4-7-8-9-11-12	
13-15-16-24	
Observaciones	
Reserva desorientado en espacio y repetitivo	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-3-4-7-8-9-11-12	
13-15-16-24	
Observaciones	
Reserva cooperativa unido con toda la actividad	

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	

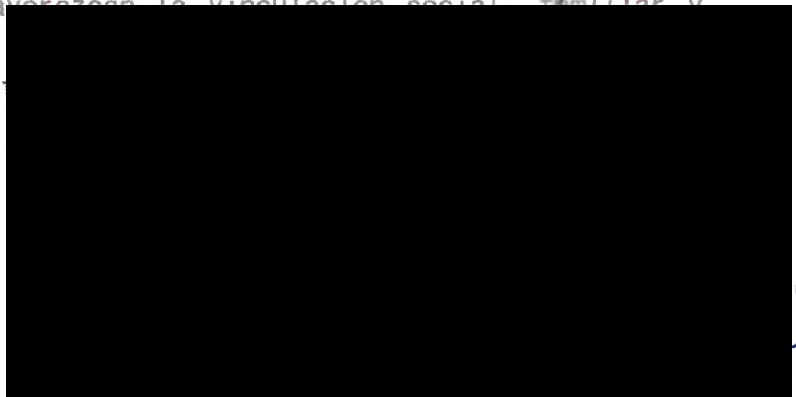
Fir [Redacted Signature Area]

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, que favorezca la vinculación social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites y de salud.



Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-12-15	
17-19-27	
Observaciones	
Tramite Truquebo muy con	
fuerza	
Se hizo el base a la plaza	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 28/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-12-15	
17-19-27	
Observaciones	
Tramite con problemas de	
fuerza, no loga dar de nada	
la fuerza de día	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 05/05/2026	
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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-12-15	
17-19-20	
Observaciones	
Tramite muy cooperador en	
actividades físicas	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/05/2026	
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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-12-15	
17-19-20	
Observaciones	
Tramite con problemas de	
estrés mental, con algunos	
síntomas	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/05/2026	
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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-6-7-9-10-11-12-15	
17-19-20	
Observaciones	
Tramite continua con problemas	
intestinales, se realizan ejercicios	
físicos	

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 mayormente la persona en situación de dependencia.
28. Orden de la cama y cambio de ropa de cama.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para tr[uncated] y de salud.

[Redacted]

g
u

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18-19	
20-21-22-24-28	
Observaciones	
Usario muy trabajoso por problemas familiares	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/04/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18-19	
20-21-22-24-28	
Observaciones	
Solicitor de compras (comida para el perro)	
Muy contento cuando sale de paseo	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18-19	
20-21-22-24-28	
Observaciones	
Usario coopera en actividades cognitivas y físicas	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18-19	
20-21-22-24-28	
Observaciones	
Usario muy preocupado por su futuro (A demanda de unirse)	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/05/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
9-12-15-16-17-18-19	
20-21-22-24-28	
Observaciones	
Usario irritable, no logra descansar en la noche	

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	

