



03

INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionario: Monserrat Elizabeth Aballay Pilcante

Ru: [REDACTED]

Cargo: Terapeuta Ocupacional

Mes Correspondiente: Mayo 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 Abril

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
				24 Marcelo Zúñiga Jesenia Zamorano Se asiste a reconocimiento.
27 Validación	28 Actividad sobre la convivencia escolar Colegio Altair	29 Entrega de botones de emergencia	30 Entrega de botón de emergencia rural Yasmín Molina	1 de mayo FINADO IRRENUNCIABLE



04

Calendario de actividades mes Mayo

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<p>04</p> <p>José Aguilera Eloísa Pérez Manuel Faundez Miguel Olmos Matías Parada</p>	<p>05</p> <p>Rosalba Martínez Luis Martínez Teobalda Altamirano Ayleen Valenzuela</p>	<p>06</p> <p>Trabajo Administrativo</p>	<p>07</p> <p>Carlos Castillo Alicia Díaz María Núñez Rosa Rivas Cristian Calufman</p>	<p>06</p> <p>Joaquín Jeldres Francisca Jerez Nicole Jerez</p> <p>Trabajo administrativo reunión de equipo PRLAC</p>
<p>11</p> <p>Margarita Lineros José Cardoza Ignacio González Silvia Cea Mario Vásquez</p>	<p>12</p> <p>Luis Velásquez Juan Arriagada Segundo González Ana Zapata</p>	<p>13</p> <p>Trabajo administrativo</p> <p>Guillermina Lara Rosa Espinoza Ihan Catalán</p>	<p>15</p> <p>Yasmín Molina María Cerda Purísima Cornejo</p>	<p>15</p> <p>Taller de Sensibilización Colegio Altair</p> <p>Francisca Cabezas</p> <p>Trabajo administrativo</p>
<p>18</p> <p>Ana Gutiérrez Maicol Sandoval Carla Delgado Graciela Castro Eduardo Molina</p>	<p>19</p> <p>Taller presencial: Análisis del instrumento PC N°11 registro de campo PRLAC</p> <p>Trabajo Administrativo</p>	<p>20</p> <p>Evaristo Cea Leónides Barrera Margarita Arroyo Alicia Lepe Zulema Isla</p>	<p>21</p> <p>FERIADO LEGAL</p>	<p>22</p> <p>Trabajo administrativo</p>

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.

Se asiste a reunión taller de análisis del instrumento N°11, del ministerio de desarrollo social y familia.

Se asiste actividad de sensibilización en colegio Altair, de la comuna.



OS



- **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.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Red Local de Apoyos y Cuidados

Mesa de ayuda | Notificaciones | MONSERRAT ELIZABETH ABALLA PULCANTE

← Volver a Ventanilla Única

Trazabilidad Hogares

Filtros

Región (*)	Provincia (*)	Comuna (*)
METROPOLITANA DE SANTIAGO	TALAGANTE	PADRE HURTADO

N° de Hogares a Mostrar | Suspendeda por | Estado Hogar

<https://www.dmsmf.minsocialyfamilia.gob.cl>



DIDECO

Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

Ob

- **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.**
- Se proporciona apoyo en la entrega de botones. Se adjuntan hojas de registro.
- Se participa en taller de convivencia escolar, en colegio Altair.



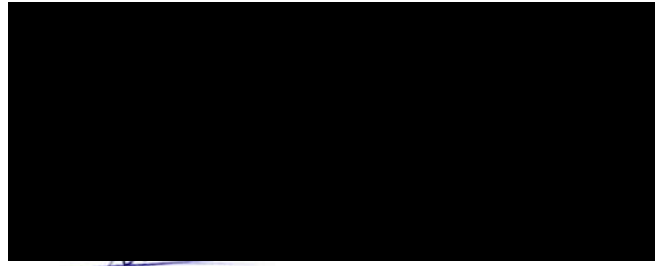


DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

07



Monserrat Elizabeth Aballay Pilcante



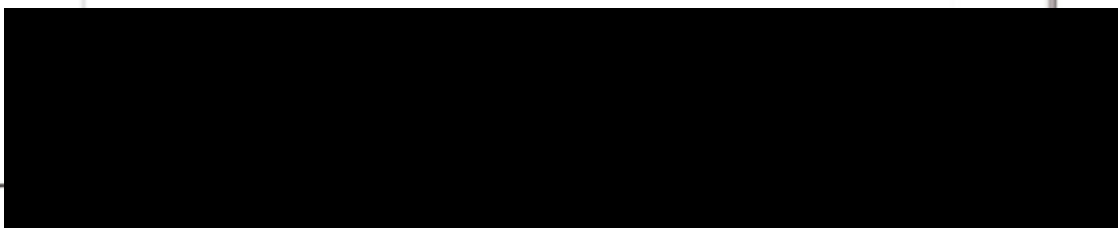
TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha	27-28-29-30 abril.
Hora	8:30 - 17:30
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Casa Karlen
Participantes	

Programa
Apoyo
y Cuidado



N°	Temas de trabajo
	Formas de como trabaja administrativo



Kail

Municipalidad Padre Hurtado
Marcia Bahamondes
Coordinadora SSEL
Programa Local De
Apoyo y Cuidados
Municipalidad Padre Hurtado

Copia fiel al original



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

12

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

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

Desarrollo

Se realizó Articulación entre equipos S40 y S5000 realizando los planes y coordinaciones en esta comuna, además de realizar trabajos de intervención individualizados y seguimiento de usuarios con mayor vulnerabilidad.



Kaip

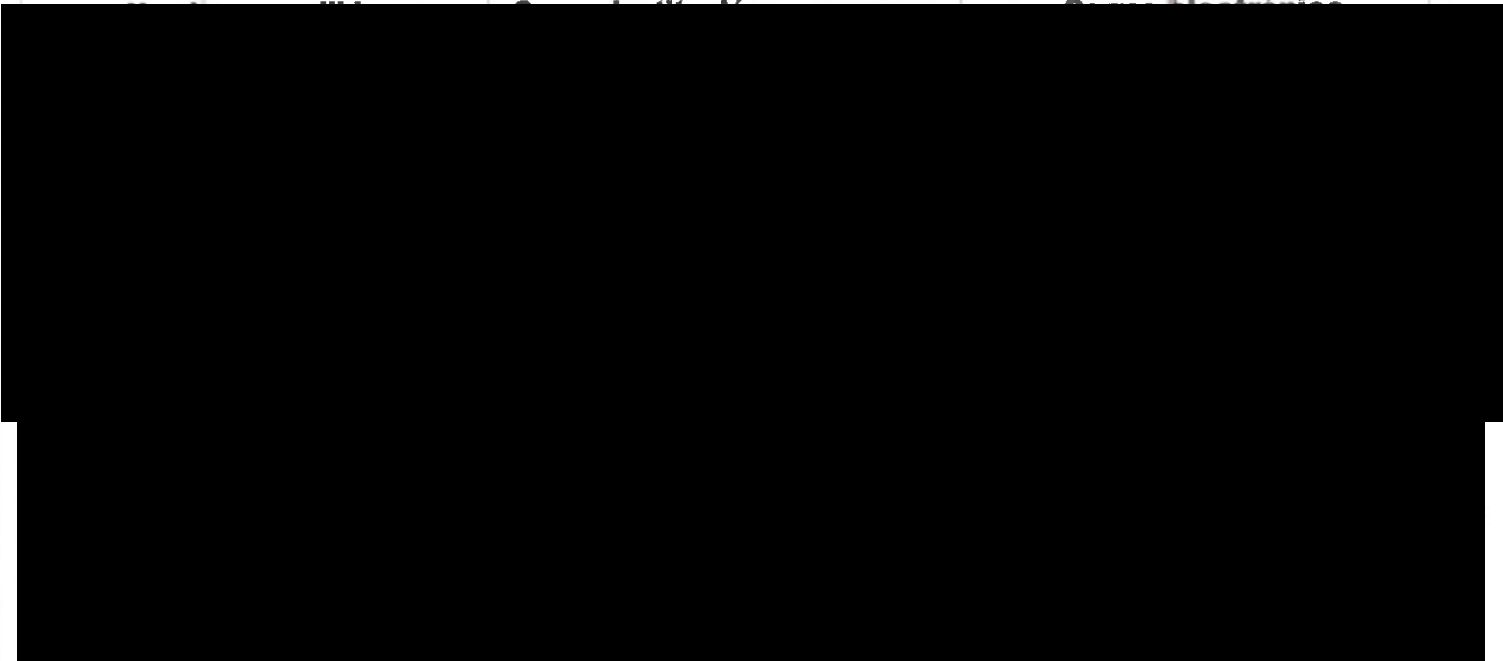


PRLAC N°04.1

13

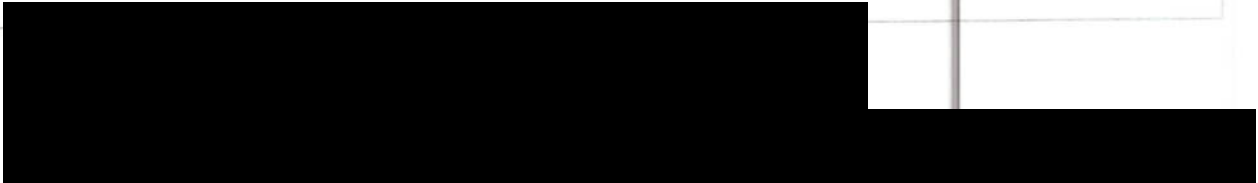
Acta de Reunión

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



Desarrollo

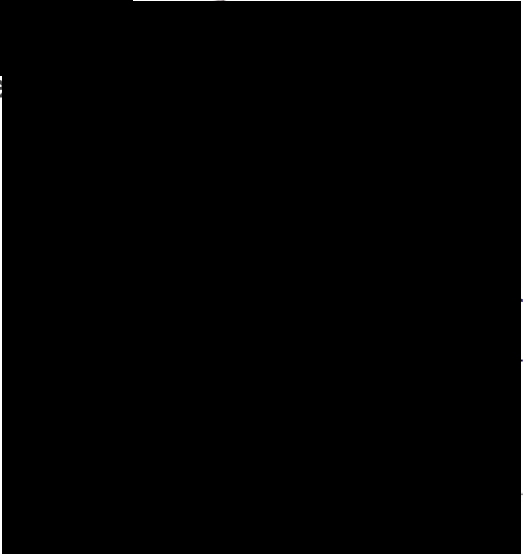
Se han realizado reuniones conjuntas entre equipos SAP y SPS
 respecto a los procedimientos de trabajo con necesidad de apoyo
 personal y financiero. Durante la jornada se revisaron documentos,
 formatos y estrategias de acompañamiento integral para usuarios
 y colaboradores.



Nombre y firma responsable



Kail





14

PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

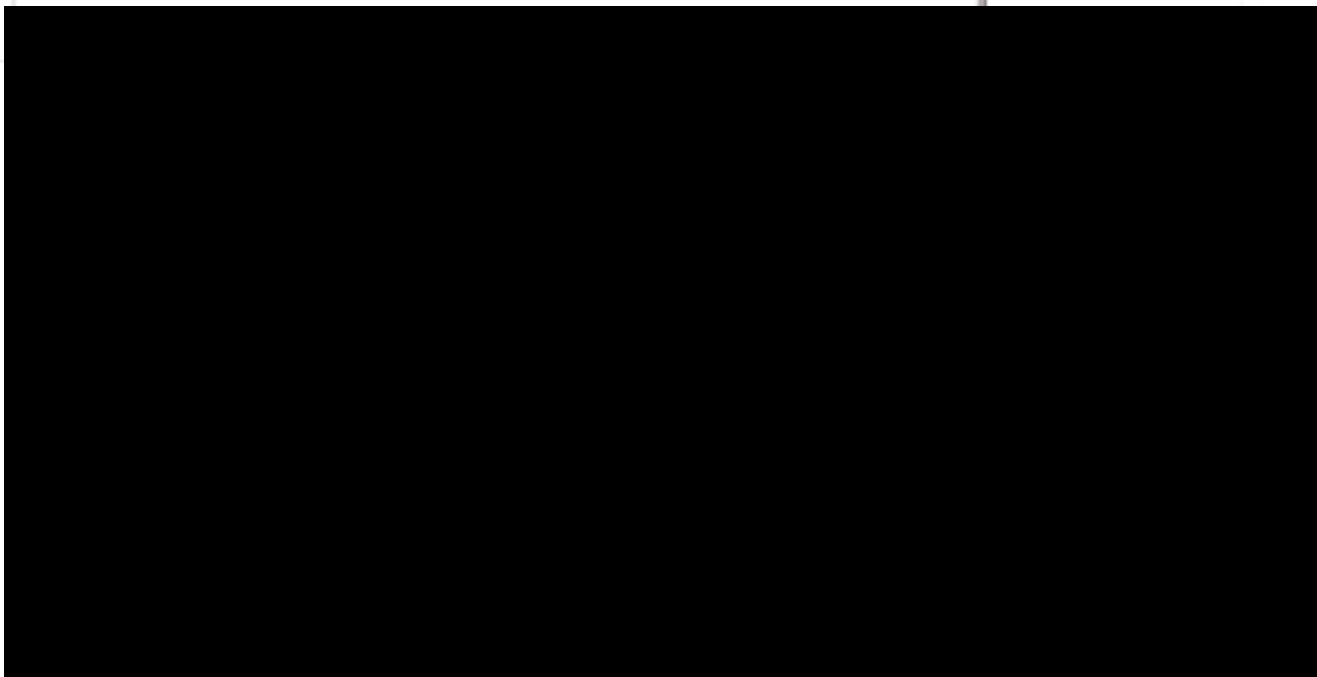
Fecha	22/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Montalvo
Lugar de realización	Oficina Regional

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



Desarrollo

Se realiza reunión de equipo 240 y 550. Se realiza formación de caso, subargado de propuesta. Realiza reevaluación de los temas de desarrollo y los mejores a realizar.





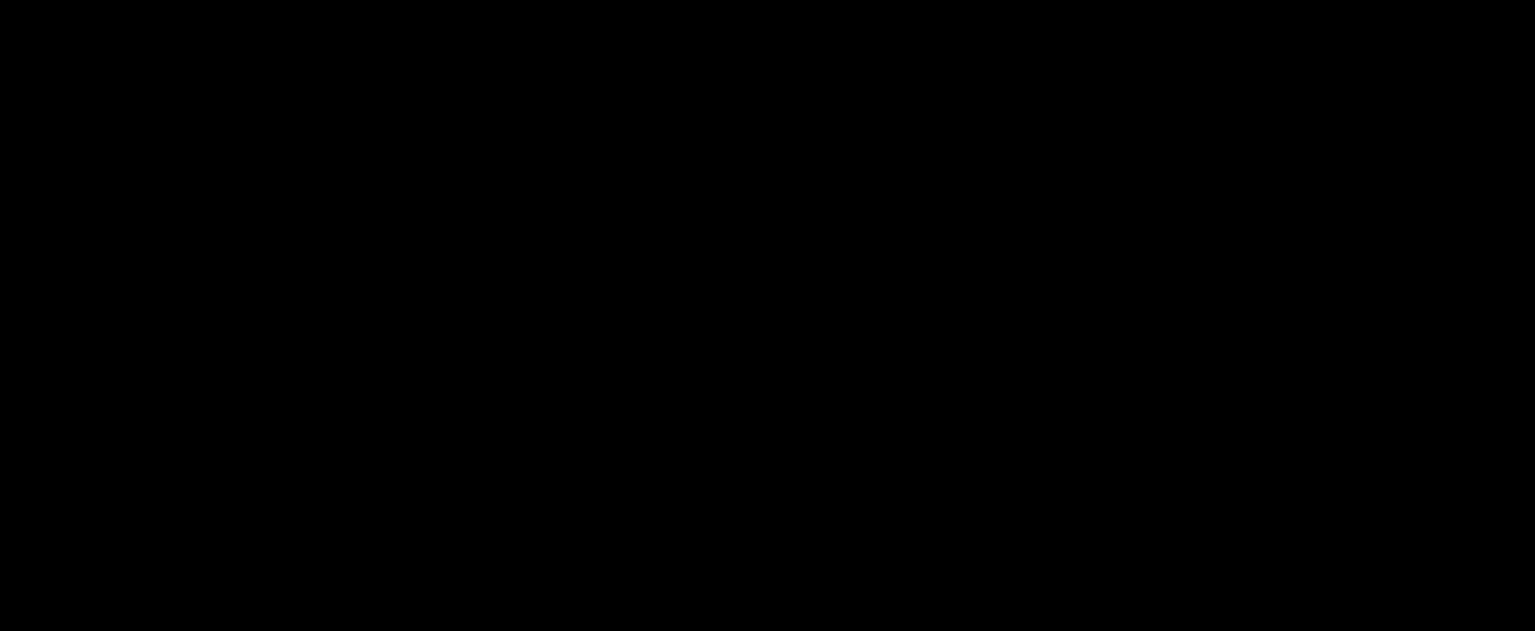
15

PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	27/04/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Oficina buplan

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

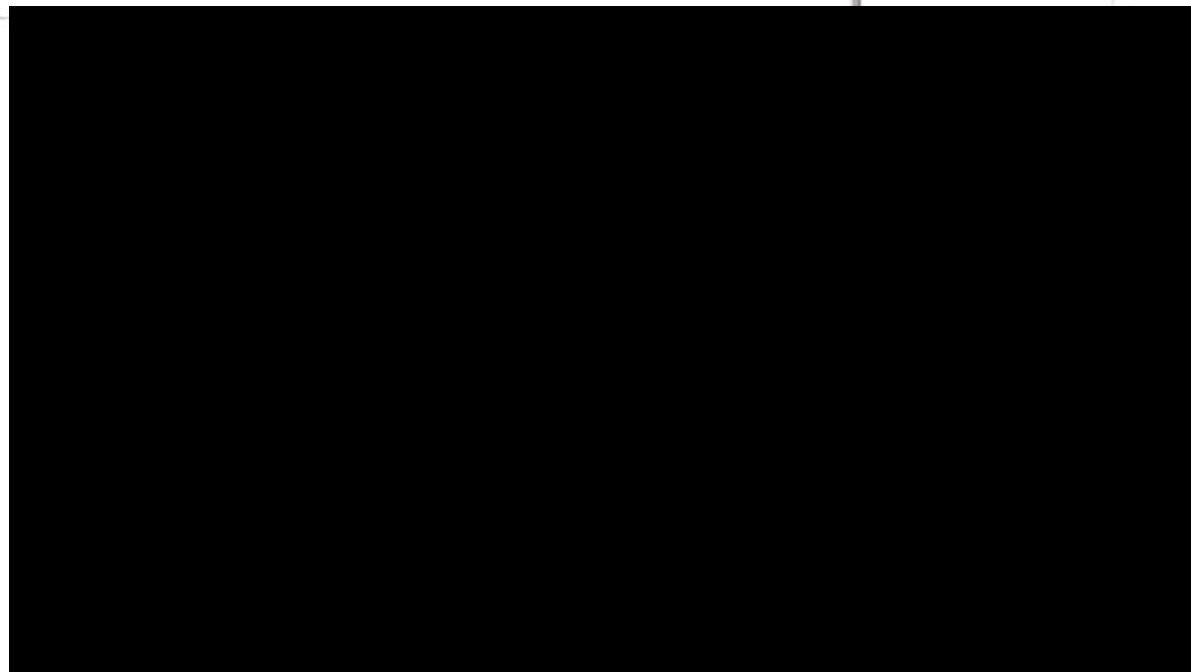


Desarrollo

Se realizó Actividad de autocuidado realizada por parte del Comité, realizamos Actividad de juegos interactivos:

- El Corchete de agradecimiento
- Dos verdades y una mentira
- Técnica Mindfulness
- Pregunta activa con Act. Física suave.

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



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

16

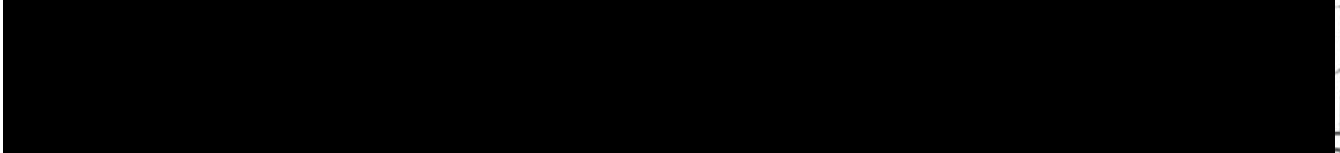
Especialidad Terapeuta Ocupacional.

1	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidadores		
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	[Redacted]

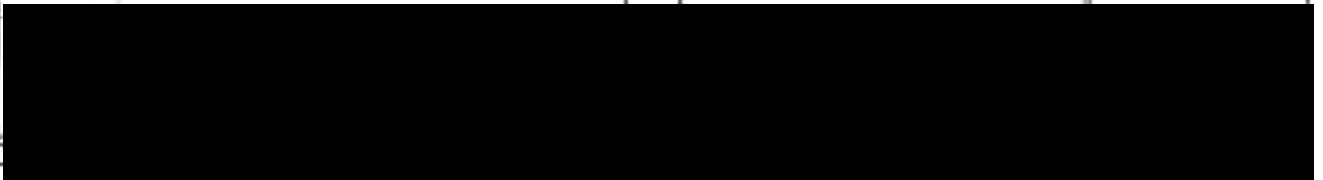
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión 20/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	
Observaciones Euanstro Ceo - se encuentra con poca asistencia de CCR	

Horario: 10:45	N° de Sesión
Fecha de sesión 20/05/2026	
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	
Observaciones Leonides Barrera	



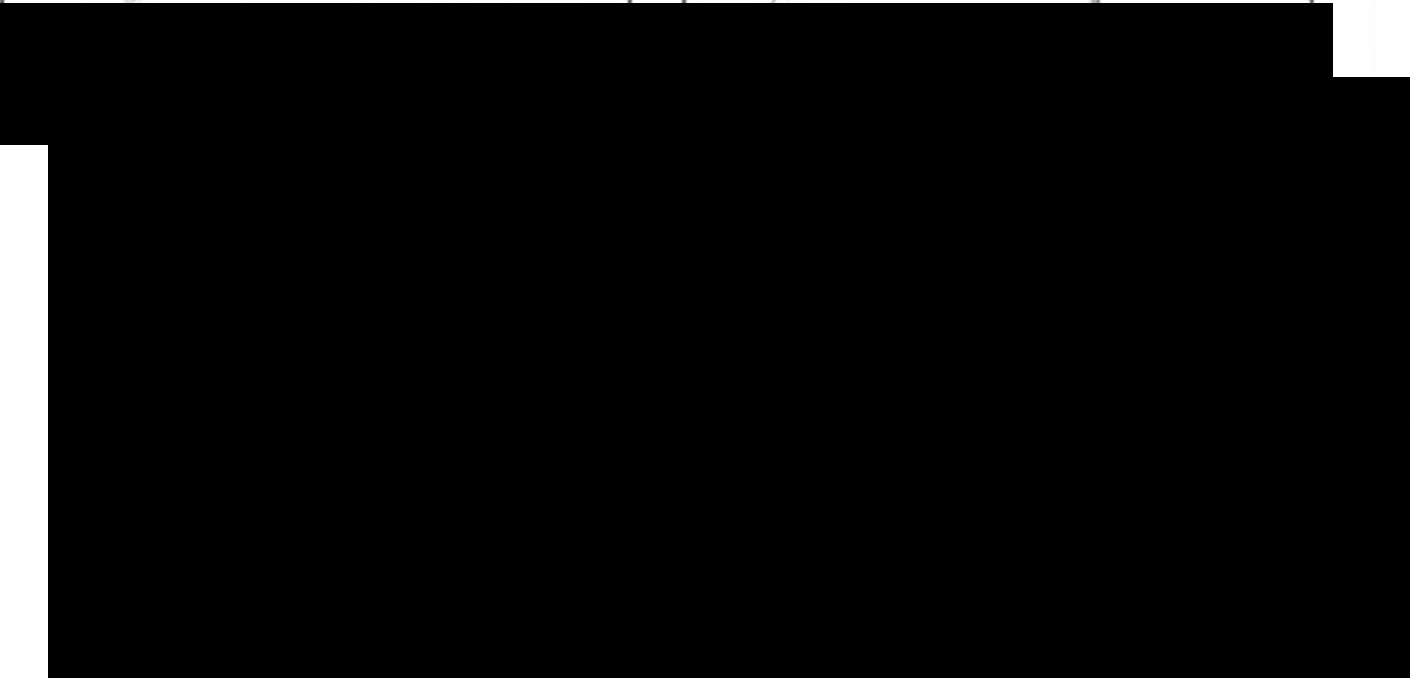
Horario: 11:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión 20/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	
Observaciones Isia Tulema - se encuentra sin apoyo psicólogos del CESFAR	

Horario: 13:10	N° de Sesión
Fecha de sesión 20/05/2026	
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	
273	
Observaciones Margarita Arroyo Se encuentra en control viernes y proximo miércoles	



Horario: 14:25	N° de Sesión
Fecha de sesión 20/05/2026	
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	
273	
Observaciones Alvaro Lopez	

Horario: 15:30	N° de Sesión
Fecha de sesión 20/05/2026	
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	
Observaciones Roberto Salinas	

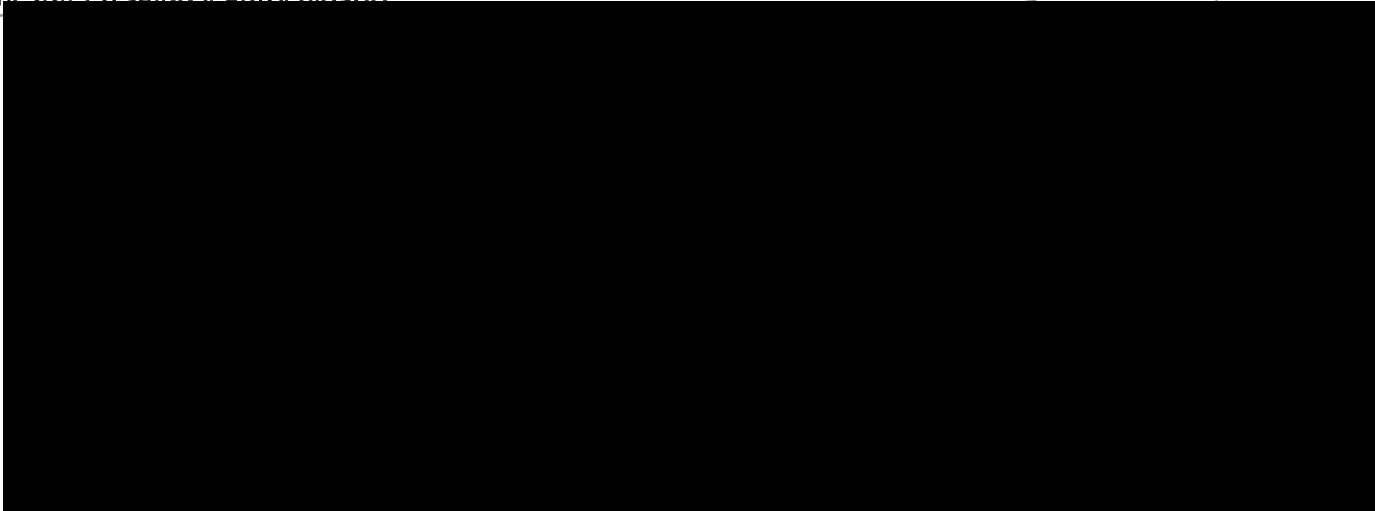


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapeuta Ocupacional

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
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 salud y autocuidado



19

Horario: 9:35.	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/07/2026	
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.	
Observaciones <u>Diana Gutiérrez</u> Esto con nuevo evaluador se encuentra con estado unimico fluctuante	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/07/2026	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluador.	
Observaciones <u>Mónica I. Sandoval</u> - Usuario se encuentra en P-E del colegio. - Presenta inhomogeneidad	

Horario: 12:15.	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/07/2026	
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	
6411	
Observaciones <u>Carla Delgado</u> - Se encuentra agitada, resistente a lo terapéutico, llorando	

Horario: 13:30.	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/07/2026	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluador	
Observaciones <u>Graciela Castro</u>	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/07/2026	
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	
245.	
Observaciones <u>Eduardo Moya</u> - Pregunta preguntas de atención al terapeuta, sobrina se encuentra presente en terapia por apoyo	

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	

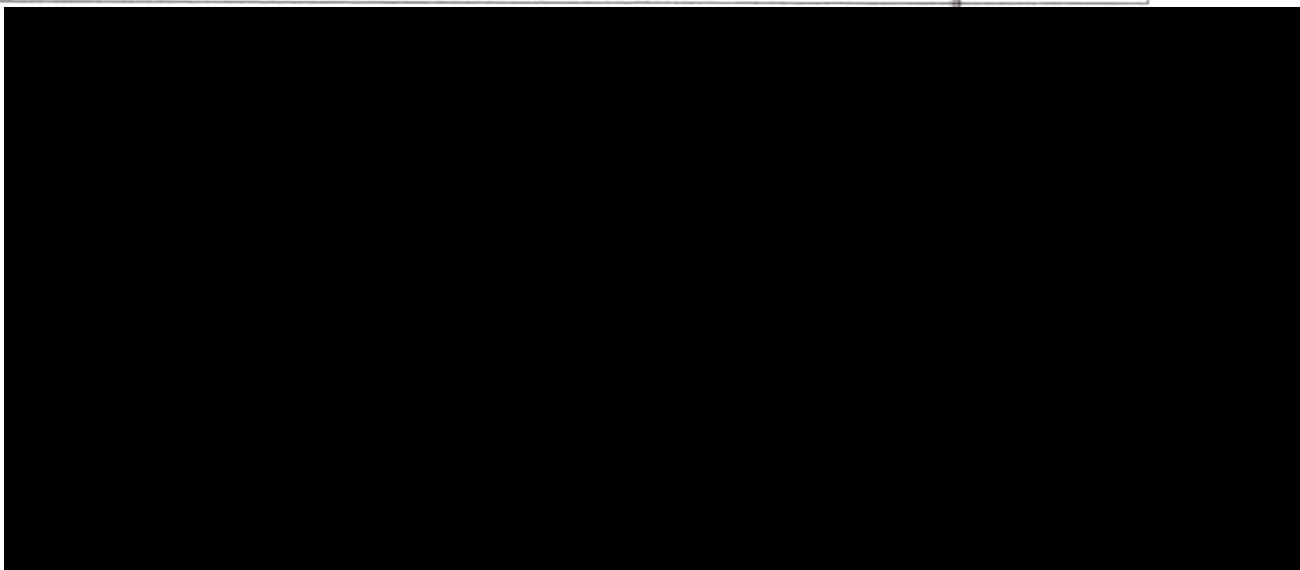


70

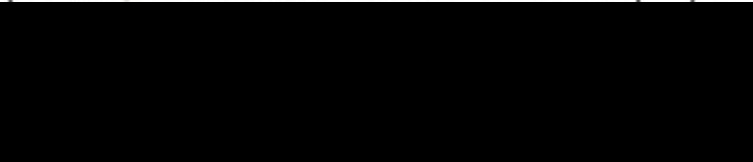
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Terapeuta Ocupacional	
1 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
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 salud y autocuidado



Horario: 12:15	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/05/2026	
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 y 3	
Observaciones Francisca Cabrera de meritorio que se recibio dentro capilla	



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

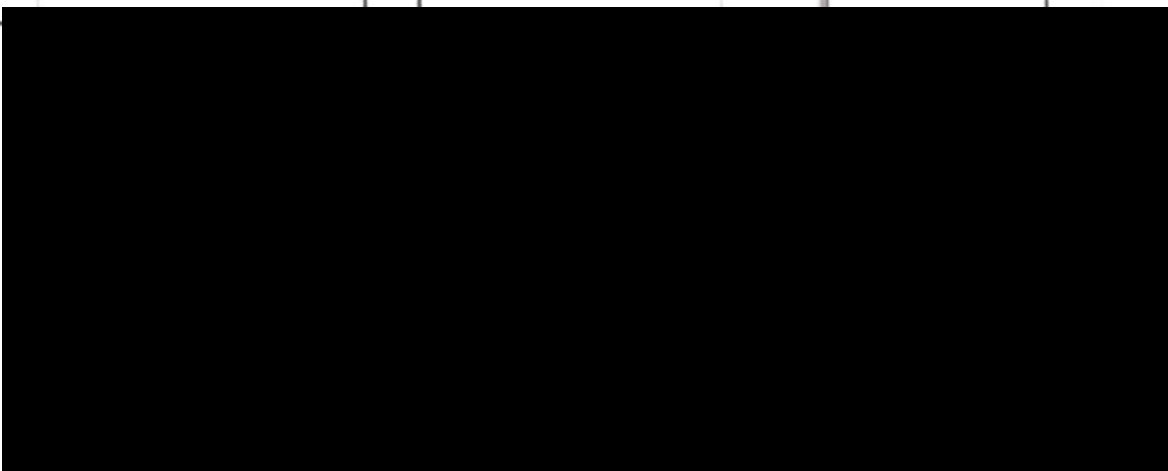
71

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	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





72

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Terapia Ocupacional
1 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
2 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
3 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
4 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
5 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
6 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
7 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
8 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
9 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
10 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]

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: 10:35	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/2026	
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 y 3	
Observaciones Yesenia Medina	

Horario: 11:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/2026	
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 y 3.	
Observaciones Maria Cerdo Se encuentra en proceso para mudar	

29

Horario: 12:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/2026	
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	
3 y 5.	
Observaciones Purissima Cornejo Se observo dificultad para elaborar la fracción 61	

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	Firma usuario/Cuidadora



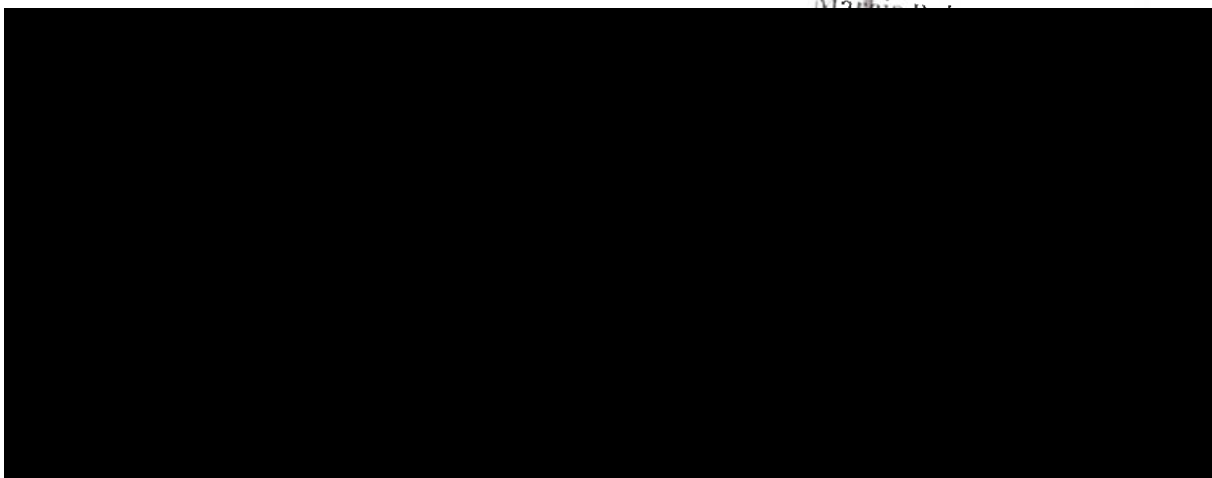
(Handwritten signature or initials)

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapia Ocupacional

1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
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	

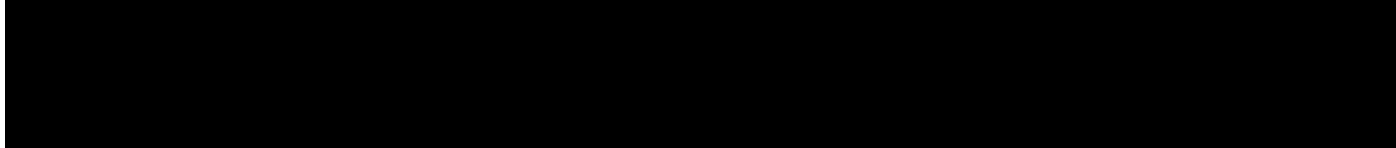
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias 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 salud y autocuidado



Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/05/2026	
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	
6.	
Observaciones Guillermo Lara de redacción seminario sobre Proyecto muy buena dirección 1	

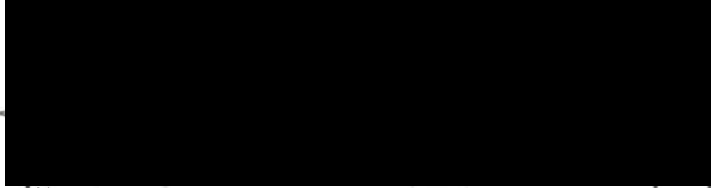
Horario: 13:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2 y 3.	
Observaciones Rosa Espinoza Estadística. Presenta todo el material	

(2)



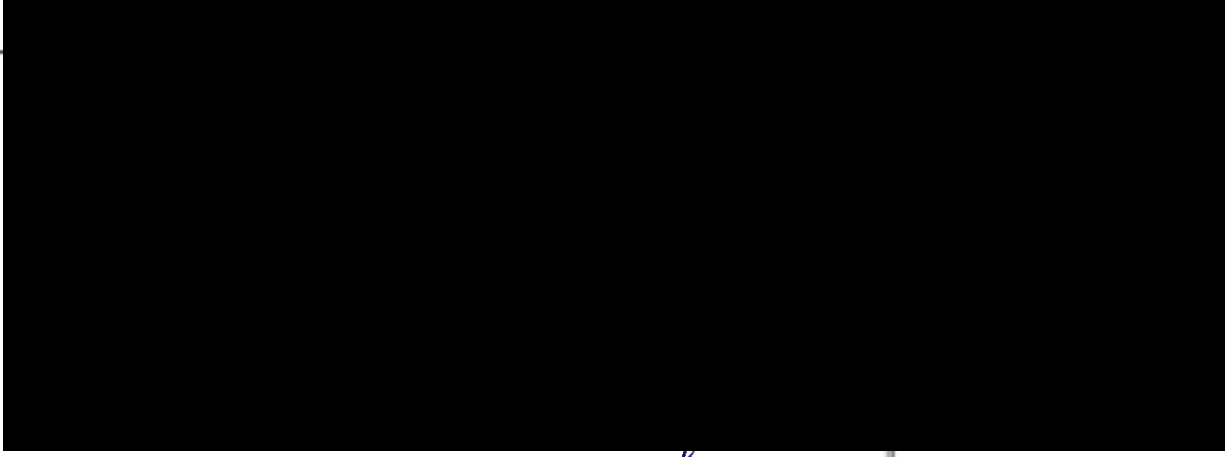
Horario: 15:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 13/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
5 y 6.	
Observaciones Iñon Catalan. auditor de empresas con licencia por situación de desempleo M. Arbelo	

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	
Firma usuario/Cuidadora	

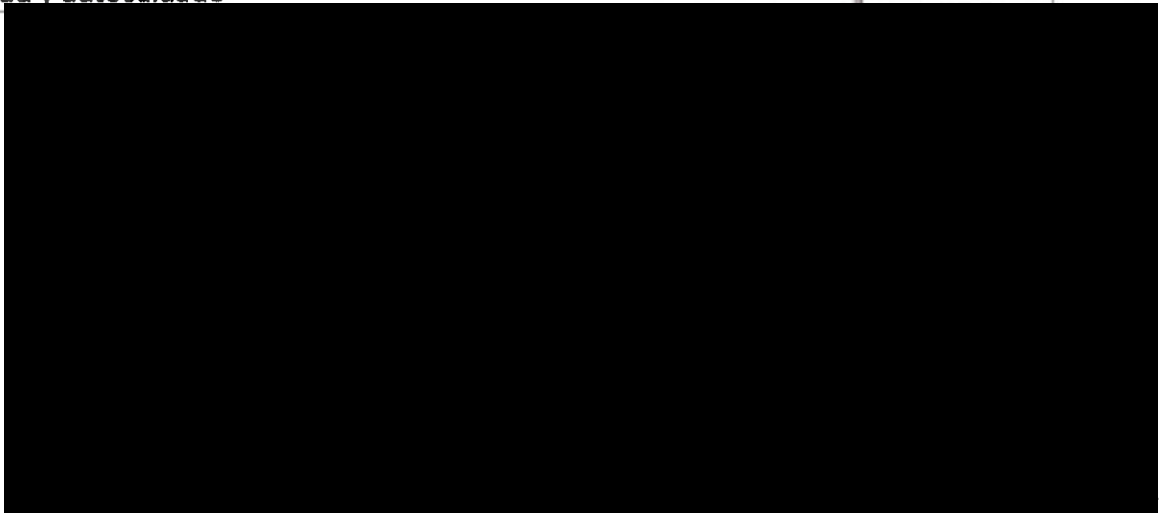


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapia Ocupacional

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
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 salud y autocuidado	



Horario: 9:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/2026.	
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	
273	
Observaciones Luis Velásquez. menciono que no todo está bien	

Horario: 11:05	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/2026	
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	
273	
Observaciones Juan Amajada se encuentra sano contento y sin ganas de trabajar.	

27

Horario: 13:30.	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/2026.	
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	
Observaciones Ana Zapata Urgencia de encuentro en crisis se trabajó 3 hrs en ello	

Horario: 14:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/2026.	
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	
273	
Observaciones Segundo Gonzalez	

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	
Calidad de vida fallida a las 12:00 hrs	
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

78

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapia Ocupacional.

1	ID	28702
	Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Lineros.
2	ID	123347.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Cardoza
3	ID	200041
	Nombre Usuario/Cuidadores	Silvia Cea
4	ID	44543.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Mario Vasquez
5	ID	209046
	Nombre Usuario/Cuidadores	Ignacio Gonzalez
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: 9:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/2026	
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	
5yb	
Observaciones Margarita Linero de repaso los importados de los controles médicos / realización de PQRST	

Horario: 11:05	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/2026	
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	
3yb	
Observaciones Jose Cardozo 3y	

29

Horario: 12:15	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/2026	
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	
Observaciones Silvia eca se encuentra presente solo educador y madre no atiende más fe fuerte como técnica	

Horario: 13:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/2026	
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 y 3	
Observaciones Maira Viquez presenta gran fatiga en dispositivos de alt. <i>Dispositivos V.</i>	

Horario: 14:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/2026	
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	
Observaciones Ignacio Gonzalez Cuidador principal responsable Usuario con muy buen dispositivo	

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



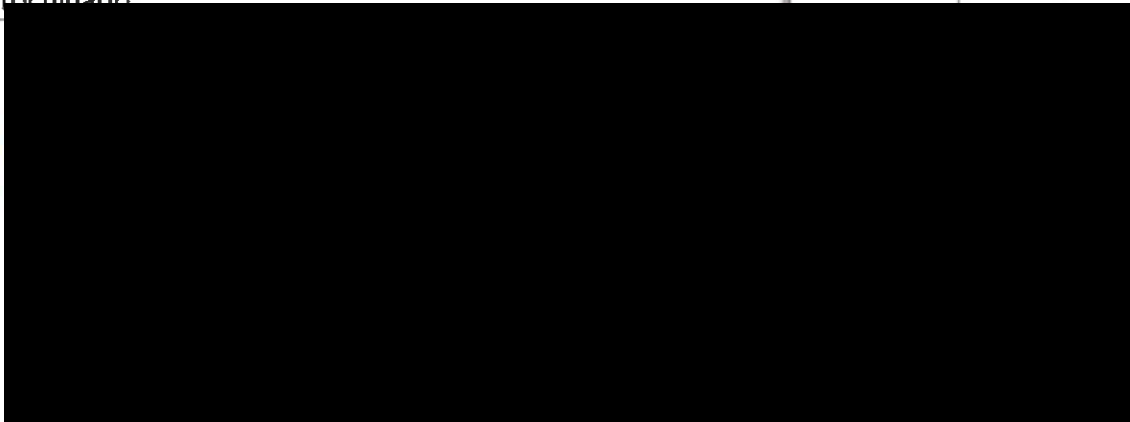
20

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapia Ocupacional

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
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 mantenimiento 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



31

Horario: 9:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/05/2020	↑
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 Nicole Jéxx de encuentro participativo	

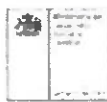
Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/05/2020	↑
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Evaluación	
Observaciones Francisco Jéxx de encuentro participativo	

Horario: 12:15	N° de Sesión
Fecha de sesión: 31/05/2020	↑
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 Joaquín Jéxx Después de los 2 días de observación se observó	

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	Firma usuario/Cuidadora

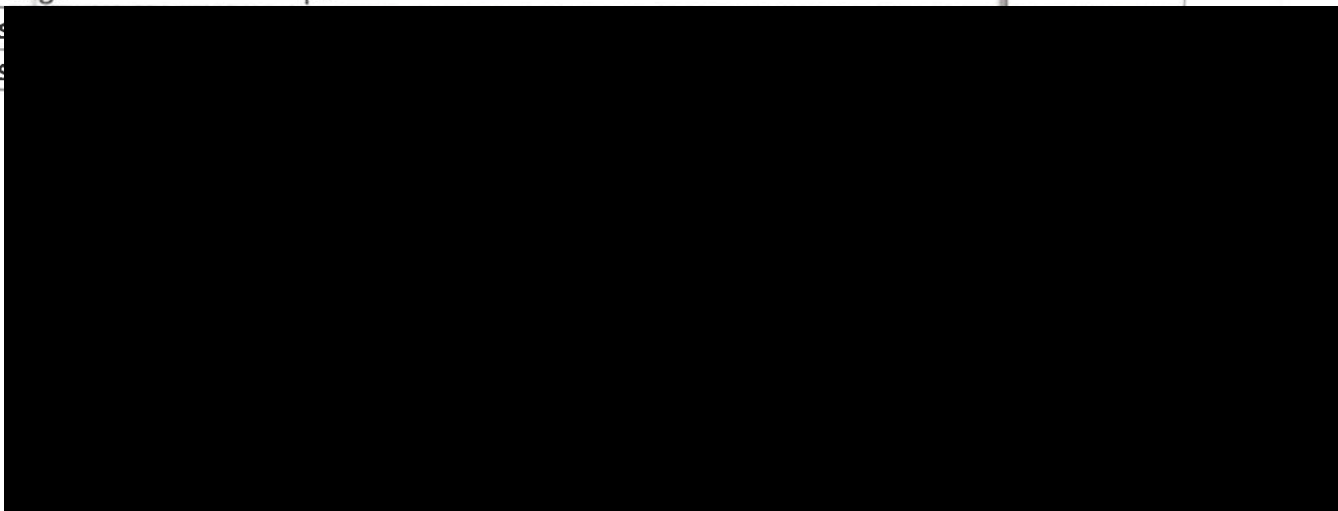


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad: Terapeuta Ocupacional

1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
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
11	Bienes



33

Horario: 10:05	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/05/2026.	
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	
276	
Observaciones: Mano Luner	

Horario: 10:50	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/05/2026.	
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	
576.	
Observaciones: Alina Diaz	

Horario: 12:10	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/05/2026.	
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	
273.	
Observaciones: Carlos Castillo Participación en Actividad, realiza tareas	

Horario: 13:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/05/2026	
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	
273	
Observaciones: Rosa Ponce	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/05/2026	
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	
Observaciones: Cristian Calfumen Hizo aun no recibe servicio de los padres	

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	



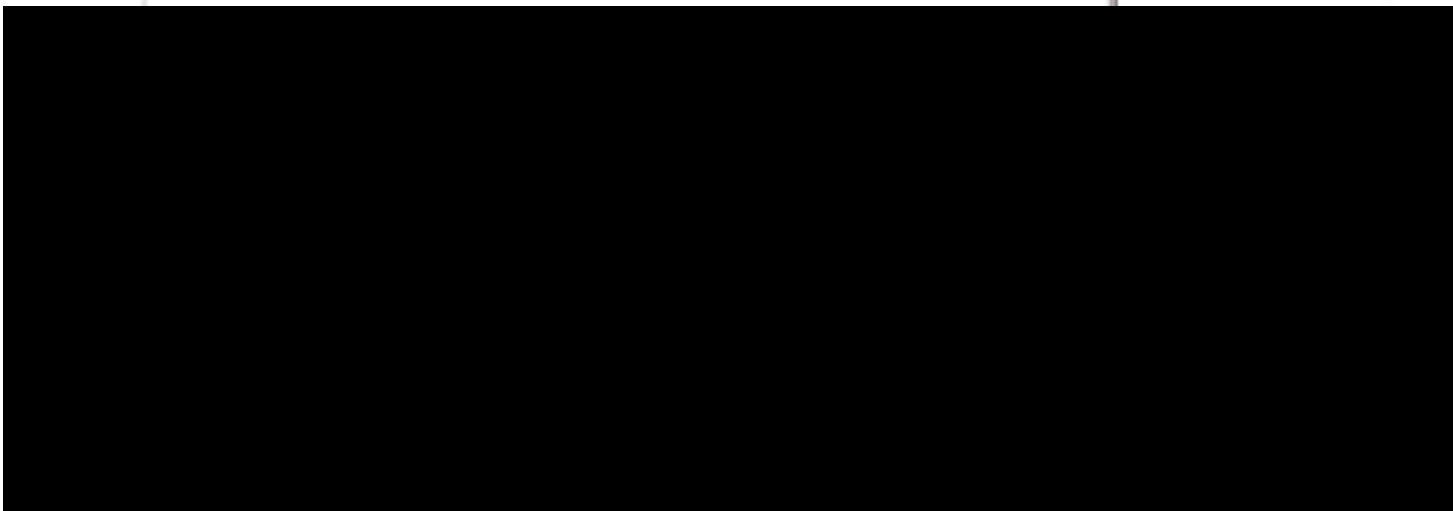
34

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapia Ocupacional.

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
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		

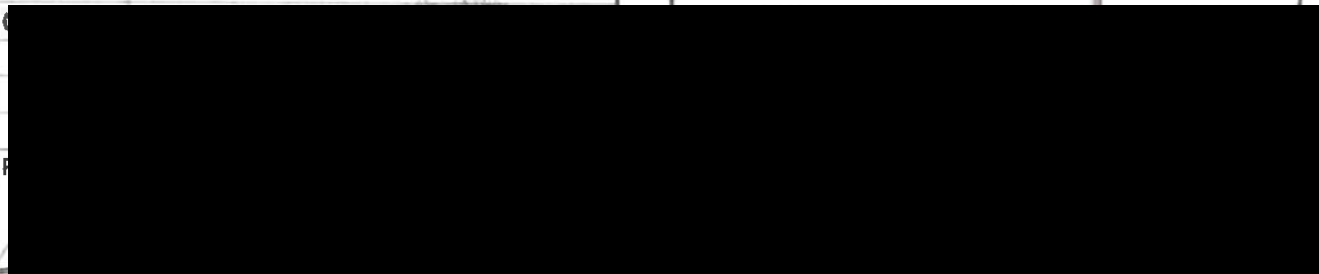
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias 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 salud y autocuidado



28

Horario: 9:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/05/2026	
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	
213	

Horario: 9:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/05/2026	
Realizarlo: 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	



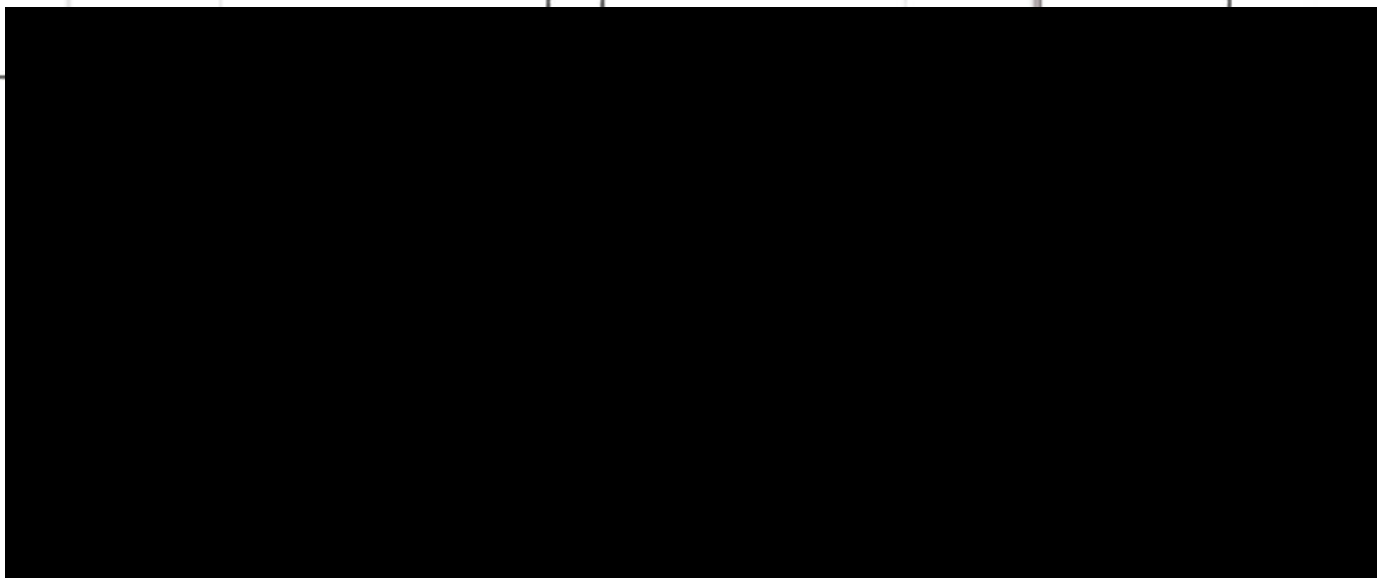
Horario: 11:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
273	
Observaciones Tebaldo Altamirano	
se encuentra participando de una sesión	

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/05/2026	
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	
273	
Observaciones Ayleen Valenzuela	
Cuidadora se encuentra con	
sobre cuerpo en el día 2 de	
...	



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





3/0

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
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	



Horario: 9:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/05/2026	
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 y 6.	
Observaciones Jose Aquilero	
- se encuentra con problemas	
control medico por operacion de la	

Horario: 11:15	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/05/2026	
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 y 3.	
Evaluación.	
Observaciones Eloisa Perez.	
- Presente en ACV.	

37

Horario: 12:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/05/2026	
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 y 6.	
Observaciones Miguel Olmos	
- se encuentra participando con	
algunos servicios en CER.	
- Apoyo de vecinos por trabajo de CP.	

Horario: 13:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/05/2026	
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	
2 y 3.	
Observaciones Manuel Fawnder	

Horario: 15:05	N° de Sesión
Fecha de sesión: 04/5/2026	
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 5.	
Observaciones Matias Parrodo	
- se encuentra con evanescencia	
Cuidado de por posible	
patología.	

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	

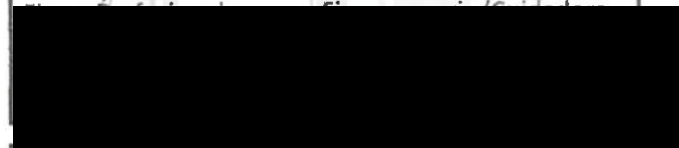
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapeuta Ocupacional.

1	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
2	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
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	

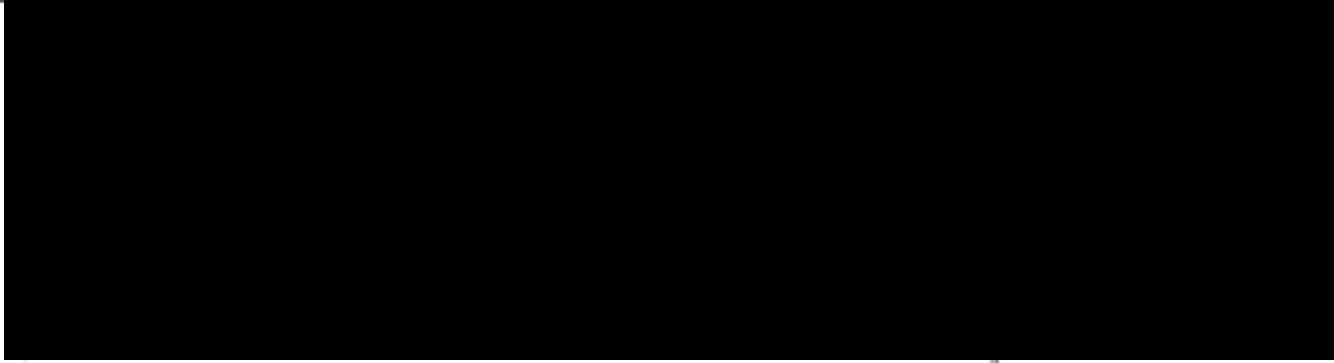
N°		ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada	
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia	
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad	
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras	
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana	
6	Rescate, adaptación o mantenimiento 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	[Redacted]

Horario: 10:15	N° de Sesión
Fecha de sesión: 30/04/2026	
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: Yes m. n. Molino	



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	Firma usuario/Cuidadora

39

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

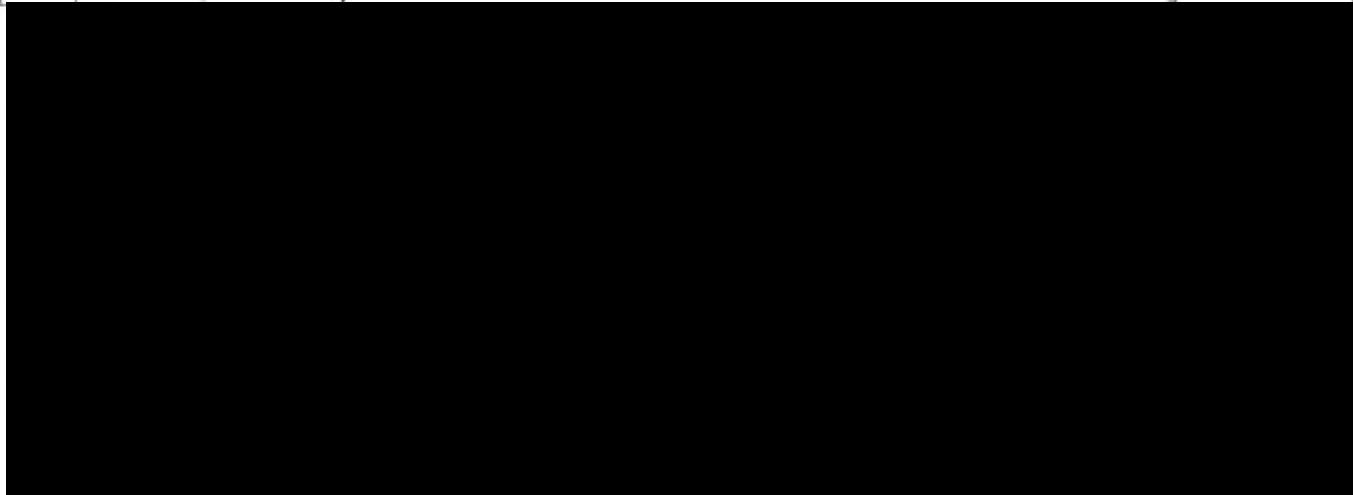
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional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

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Terapia Ocupacional.

1	ID	70200
	Nombre Usuario/Cuidadores	Marcos Antiga
2	ID	55523
	Nombre Usuario/Cuidadores	Yessenia Umbaro.
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: 10:30	N° de Sesión
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	
Evaluación 2	
Observaciones Marcelo Wingo se realizó F.A.B. por situación emocional y ansiedad por el	

Horario: 11:30	N° de Sesión
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	
Observaciones Jessica Zomara se participa en el tratamiento	



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	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





42

PG N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

27 de abril del 2026

Sección 1 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		[Redacted]	
Apellido paterno	Apellido materno	Morales	
Género	<input type="checkbox"/> Nombre social (cómo quiere ser llamado/a)	Sra. Luz	
Fecha de nacimiento	Edad actual	83	
Dirección	[Redacted]		[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]		Otras referencias
Comuna	[Redacted]		Región
Teléfono 1	[Redacted]		Teléfono 2
		2233 45 71 95	

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 → ¿Cuál? en Fam. NO

2.3 ¿Desarrolla alguna labor o 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

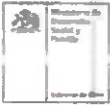
- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otros (Cuál?)
- En ninguna

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.





17

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

27 de abril del 2024
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1) 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	E
Apellido paterno	S
Genero	F
Fecha de nacimiento	1
Dirección	E
Villa / Población	U
Comuna	Q
Teléfono 1	C

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuanto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 7 años

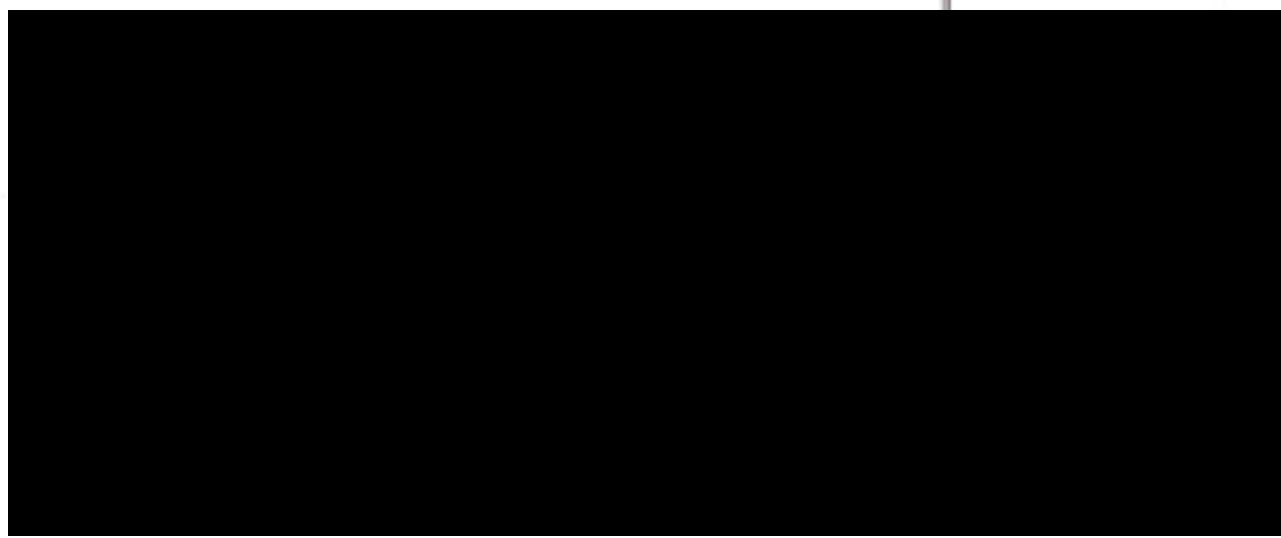
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? Ces Fam. NO

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. (presidencial)
 - 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

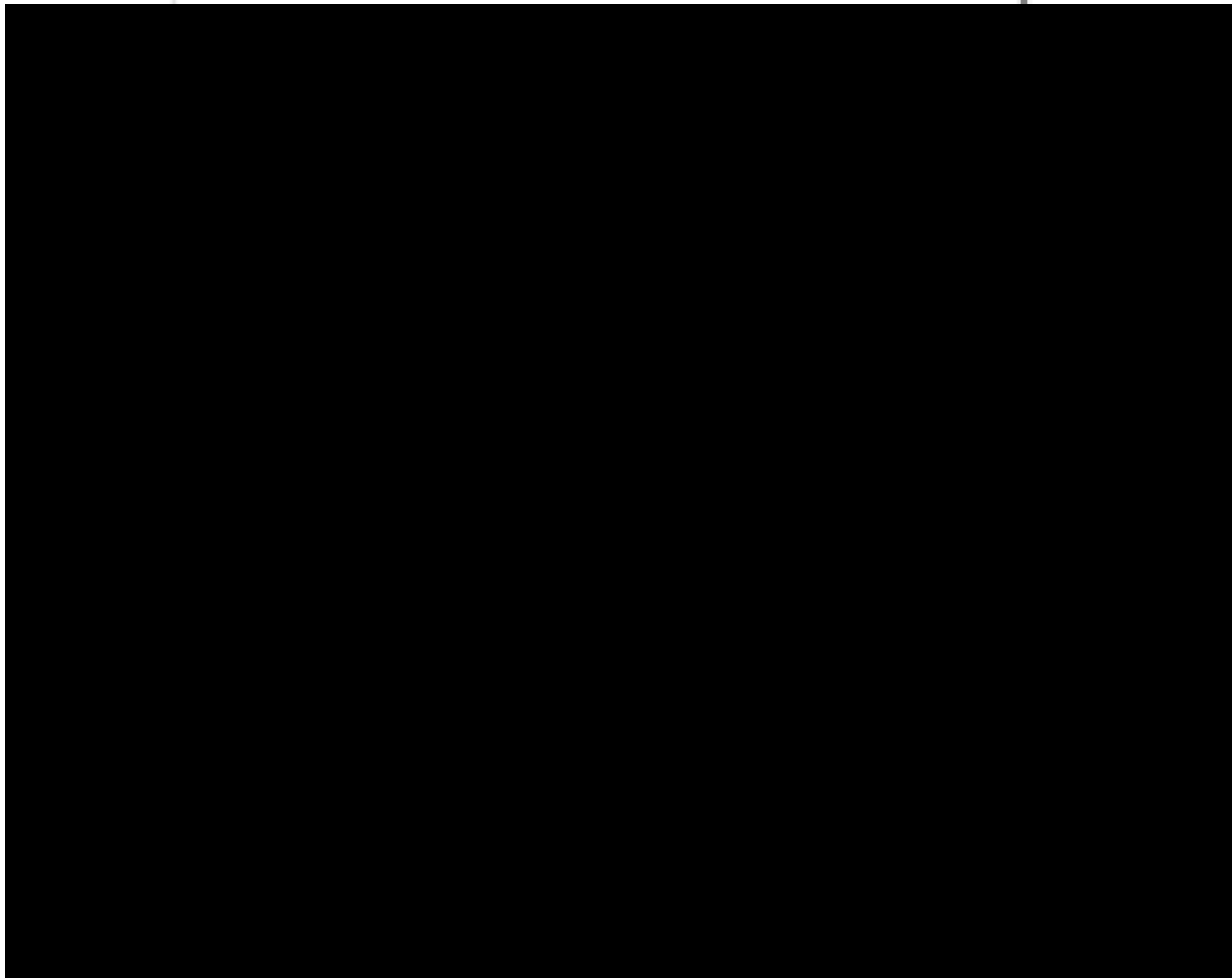
- Si su respuesta es **NO**, seleccione los motivos (Selección múltiple)
- No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad
 - No tengo tiempo para participar.
 - No tengo interés en participar.
 - Las actividades no se realizan en espacios accesibles y seguros.



Handwritten signature in a circle.

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YO,  ILIADO
BO  EL
ADEMAS RECIBÍ POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.



Handwritten notes at the bottom right.

(Handwritten initials)

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED] CILADO
BO EL
BOTON DE EMERGENCIA y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN.
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]



[REDACTED]

des
de
de la
ficial

46

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED] DOMICILIADO
[REDACTED] RECIBO EL
BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCION,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]



Copia fiel a la original

17

**ACTA DE ENTREGA
BOTONES DE EMERGENCIA**

[REDACTED] DOMICILIADO
RECIBO EL
BOTON DE EMERGENCIA y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

48

**ACTA DE ENTREGA
BOTONES DE EMERGENCIA**

[REDACTED]

[REDACTED] DOMICILIADO
[REDACTED] CIBO EL
BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCION,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

49

**ACTA DE ENTREGA
BOTONES DE EMERGENCIA**

[REDACTED] DOMICILIADO
[REDACTED] RECIBO EL
[REDACTED] BOTON DE EMERGENCIA y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCION.
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

50

**ACTA DE ENTREGA
BOTONES DE EMERGENCIA**

[REDACTED]

CILADO
SO EL

BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN.
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

51

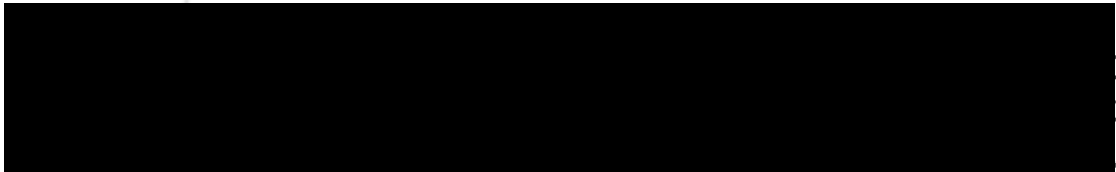
ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED] DOMICILIADO
[REDACTED] RECIBO EL
[REDACTED] SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

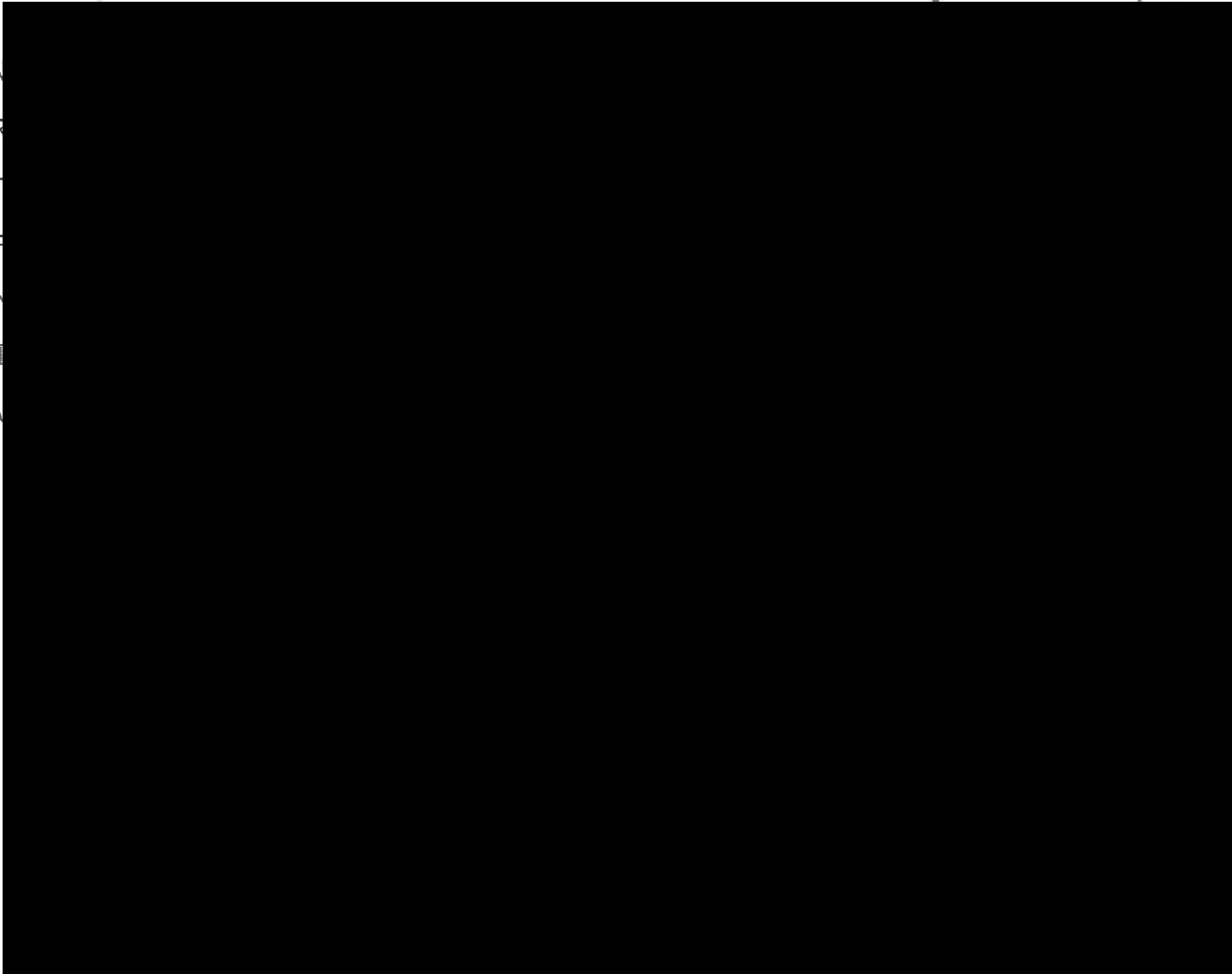
52

**ACTA DE ENTREGA
BOTONES DE EMERGENCIA**



...CILADO
...O EL
...CCIÓN,

ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.



N
R
T
F
N
T
V

0 0

55

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

MICILIADO
CIBO EL

Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN.
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

56

**ACTA DE ENTREGA
BOTONES DE EMERGENCIA**

[REDACTED] DOMICILIADO
[REDACTED] RECIBO EL
BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCION,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

59

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

RECIBIDO
BO EL
FACCIÓN,

ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

SB

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

RECIBIDO
EL
SECTOR DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBÍ POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

Copia original

59

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED] MICILIADO
[REDACTED] BO EL
BOTON DE EMERGENCIA y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN.
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]