



07

## Informe de pago mensual

**Funcionario: Constanza Soto Ramírez**

**Rut:** [REDACTED]

**Cargo: Asistente de Cuidados**

**Mes correspondiente: MAYO 2026**

**Cometidos solicitados según contrato:**

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

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

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

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

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

### **A. Higiene personal y cuidado corporal**

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



04

- Lubricación y cuidado de la piel.

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

#### **B. Eliminación y control de esfínteres**

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

#### **C. Movilidad y funcionalidad**

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

#### **D. Estimulación y apoyo psicosocial**

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

#### **E. Apoyo en salud y tratamientos**

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

#### **F. Alimentación**

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

#### **G. Apoyo domiciliario**

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

#### **H. Apoyo en gestión y redes**

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

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

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

Durante el mes de 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**

De

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>20</b> Eduardo Quintana 9:00 a 12:45  Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	<b>21</b> Jose Cardoza 9:00 a 12:45  Laura Alfaro 13:15 a 17:00	<b>22</b> Adela Ayala 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>23</b> Nancy Lagos 9:00 a 12:45  Jose Angulo 13:15 a 17:00	<b>24</b> Juan Gallardo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>27</b> Eduardo Quintana 9:00 a 12:45  Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	<b>28</b> Jose Cardoza 9:00 a 12:45  Laura Alfaro 13:15 a 17:00	<b>29</b> Adela Ayala 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>30</b> Nancy Lagos 9:00 a 12:45  Jose Angulo 13:15 a 17:00	

Calendario de mayo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>4</b> Eduardo Quintana 9:00 a 12:45  Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	<b>5</b> Jose Cardoza 9:00 a 12:45  Laura Alfaro 13:15 a 17:00	<b>6</b> Adela Ayala 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>7</b> Nancy Lagos 9:00 a 12:45  Jose Angulo 13:15 a 17:00	<b>8</b> Juan Gallardo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>11</b> Eduardo Quintana 9:00 a 12:45  Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	<b>12</b> Jose Cardoza 9:00 a 12:45  Laura Alfaro 13:15 a 17:00	<b>13</b> Adela Ayala 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>14</b> Nancy Lagos 9:00 a 12:45  Jose Angulo 13:15 a 17:00	<b>15</b> Juan Gallardo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>18</b> Eduardo Quintana 9:00 a 12:45  Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	<b>19</b> Jose Cardoza 9:00 a 12:45  Laura Alfaro 13:15 a 17:00	<b>20</b> Adela Ayala 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>21</b> feriado	<b>22</b> Juan Gallardo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00

  
Constanza Soto Ramírez  




# PRLAC N°04.1

107

## Acta de Reunión

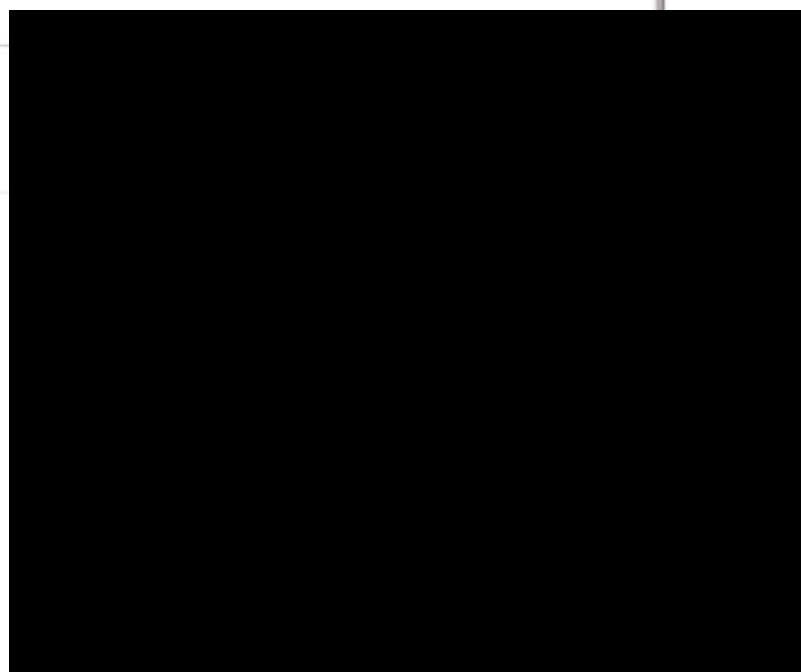
Fecha	22/04/2020
Hora	15:00 a 17:00
Comuna	Pañón Hurtado
Lugar de realización	Oficina municipal

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




### Desarrollo

Se realizó reunión en Plazoleta local, registrando las dudas.  
 Se registró ausencia de campo y actualización de datos.





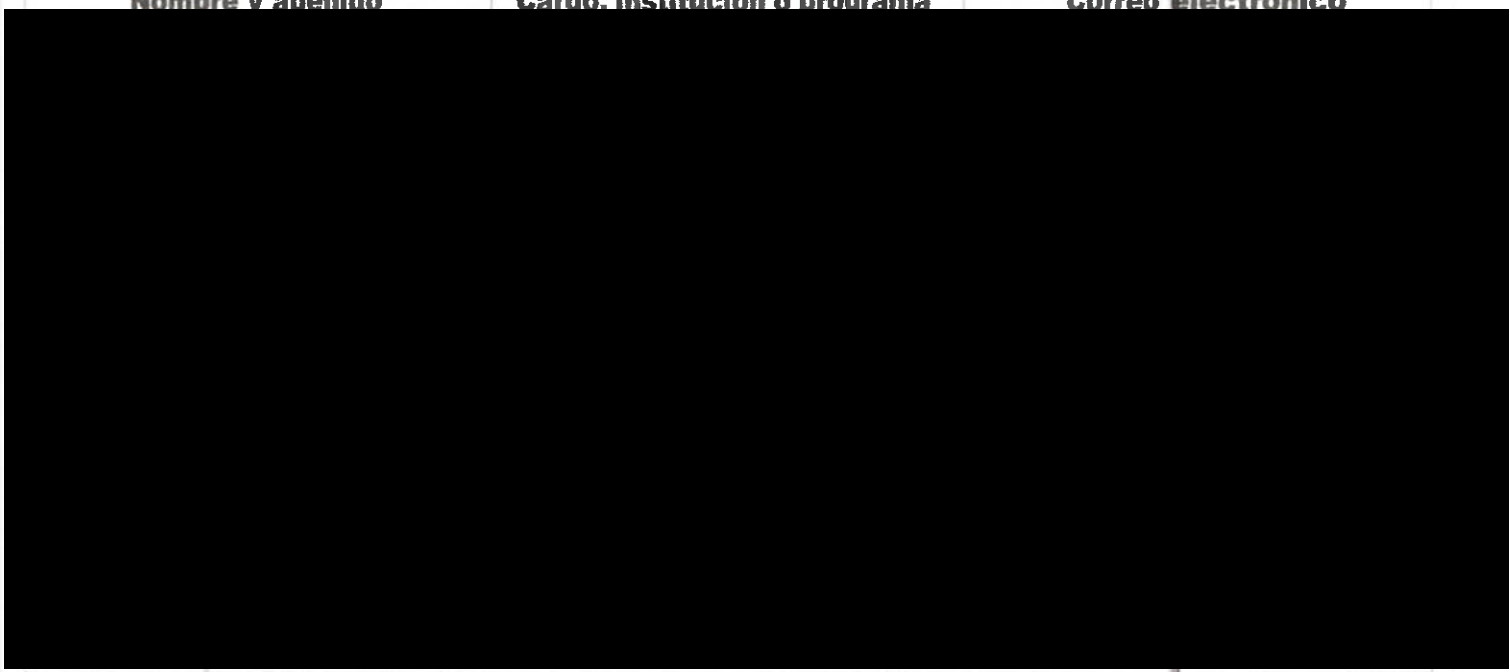
# PRLAC N°04.1

08

## Acta de Reunión

Fecha	27/04/2022
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Duque de Caxa
Lugar de realización	Oficina de apoyo

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



Se realizó actividad de autoevaluación realizada por parte

Comité de apoyo, realizamos actividad de juegos interactivos.

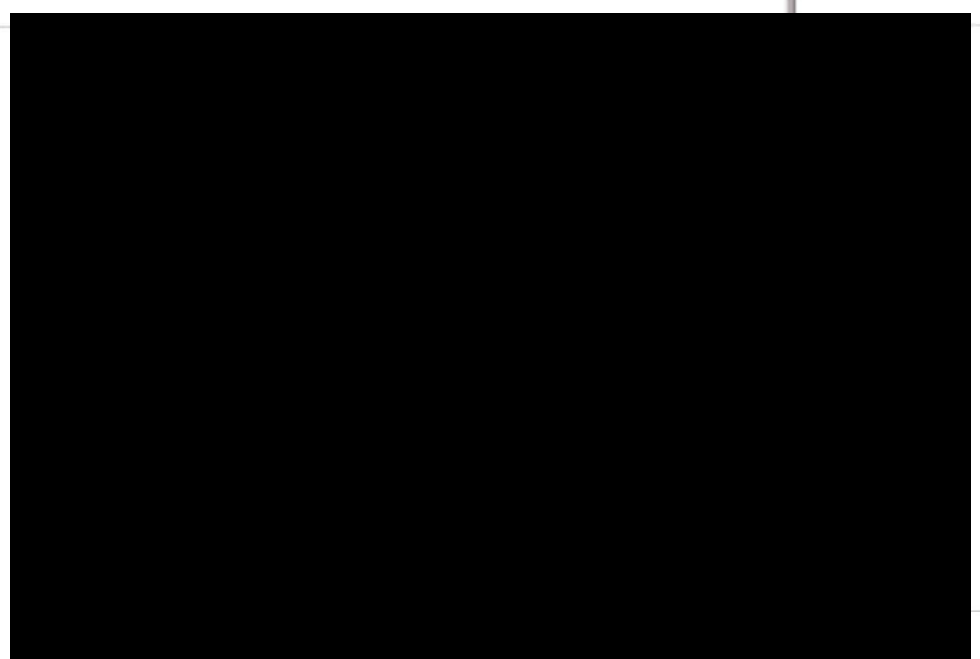
- El Corchete de agradecimiento

- Dos verdades y una mentira.

- Técnica Mindfulness

- Técnica de relajación con Act. físicas.

\* Entre técnicas se realizaron talleres físicos y reducción de estrés resultó





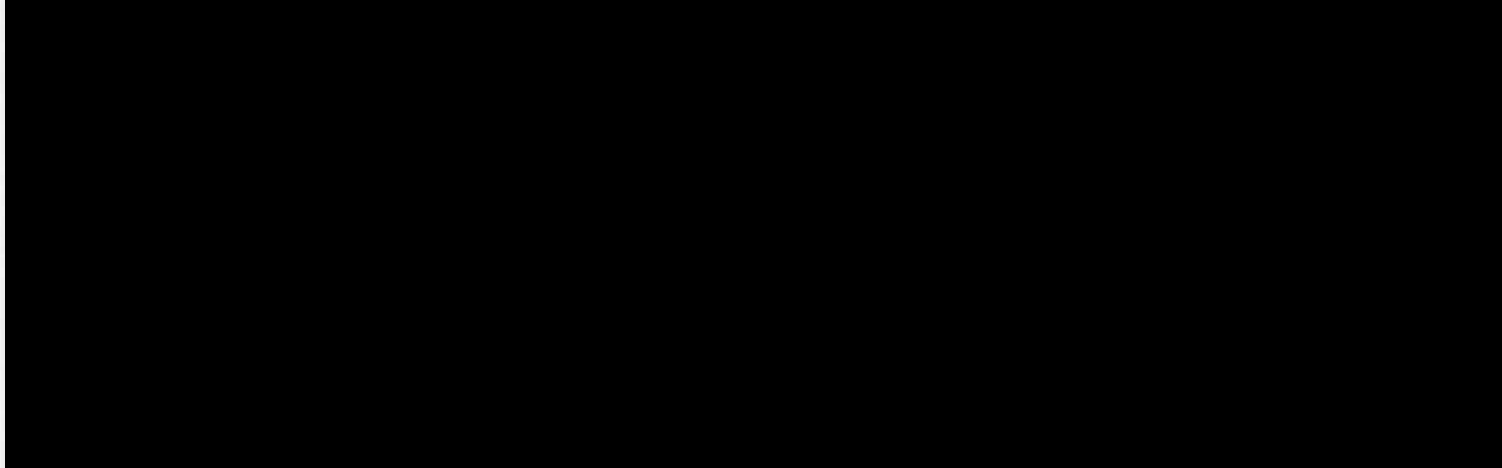
09

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	28.07.2020
Hora	11:00 a 12:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Optima Hospedaje

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



### Desarrollo

Se realizó un tiempo administrativo sobre el estado de las acciones realizadas a partir de los libros de registros de cuidado de campo y atención telefónica.





10

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

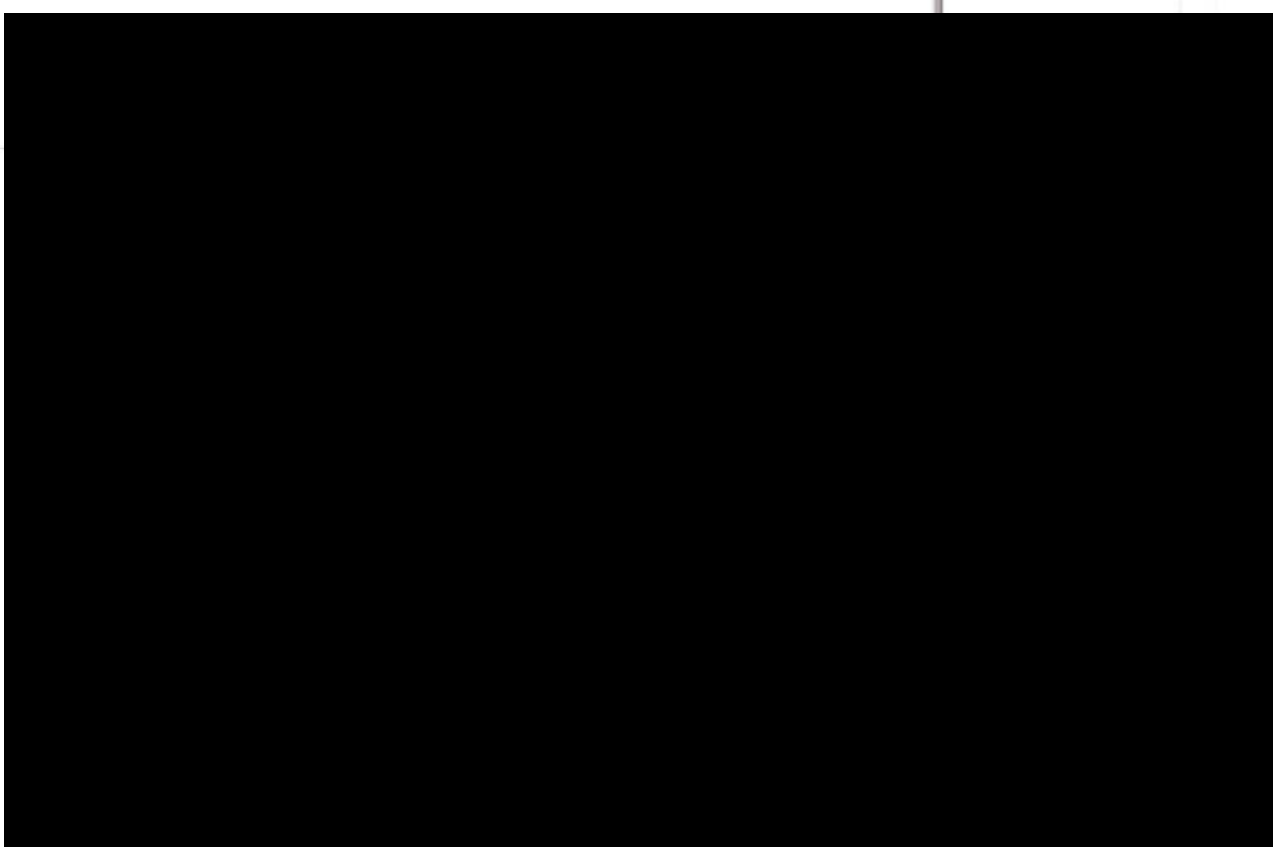
Fecha	06/05/2026
Hora	14:00 - 17:00
Comuna	Radre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Karlan

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

### Desarrollo

Se realizó una reunión de trabajo en presencia de los siguientes participantes:

Se revisó el avance de los trabajos y se acordó la siguiente agenda:



# PRLAC N°04.1



## Acta de Reunión

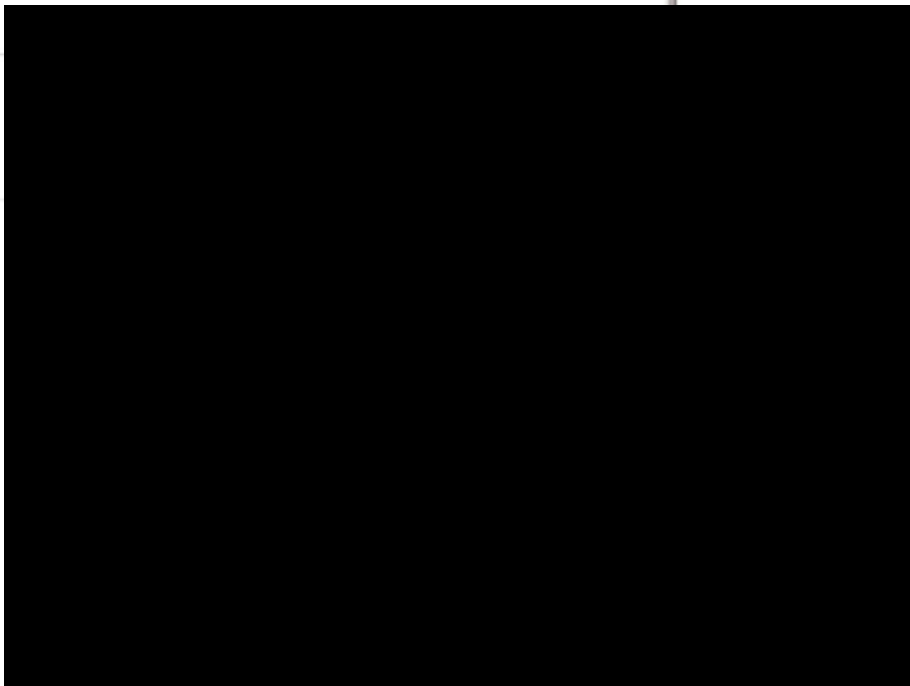
Fecha	03/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Oficina Maplan

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

--	--	--

### Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos SSO y SSEE; verificando los casos de riesgo y coordinando con estas comunales, además de mantener el monitoreo de intervenciones disciplinarias y seguimiento de variables con mayor vulnerabilidad.





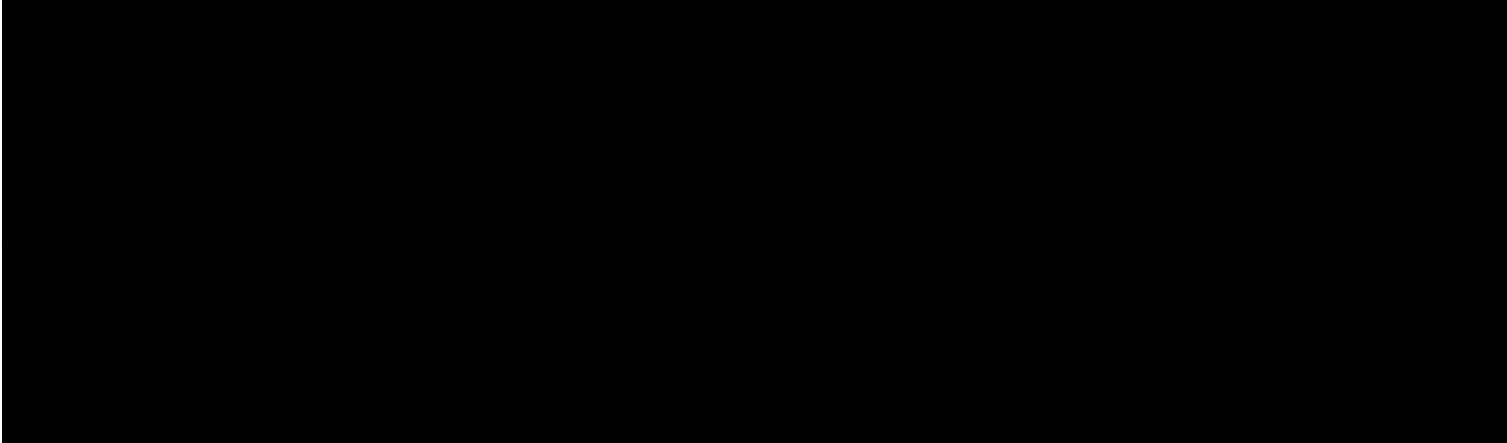
12

# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

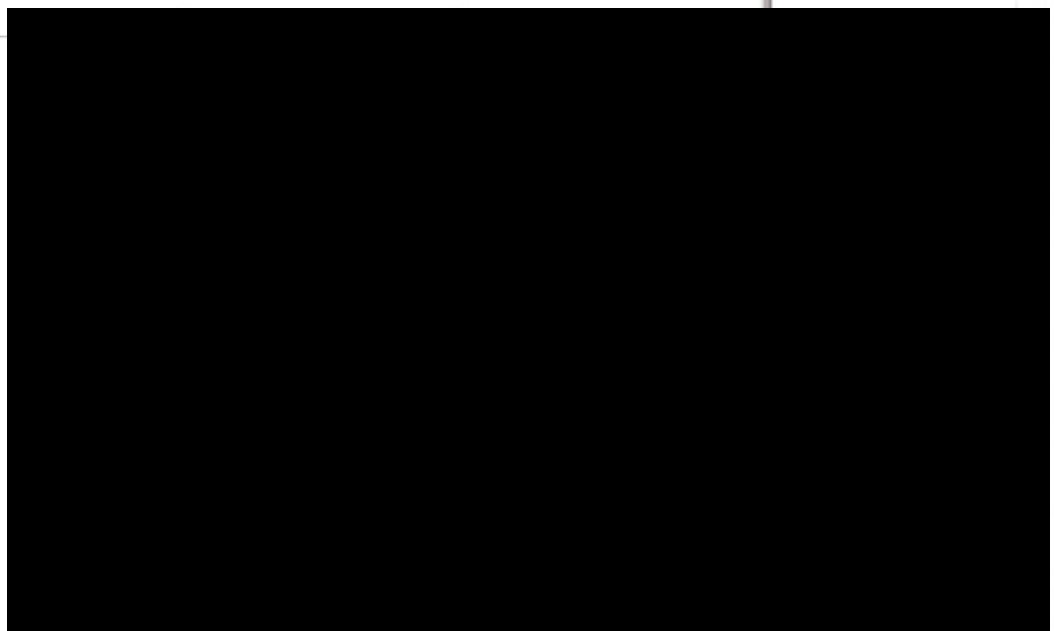
Fecha	13/05/2022
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Municipal

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




### Desarrollo

Se realizó en plataforma Microsoft, registrando los temas  
 Se registra en Cuentas de Campesinos y Estudiantes de la zona.



# PRLAC N°04.1

17

## Acta de Reunión

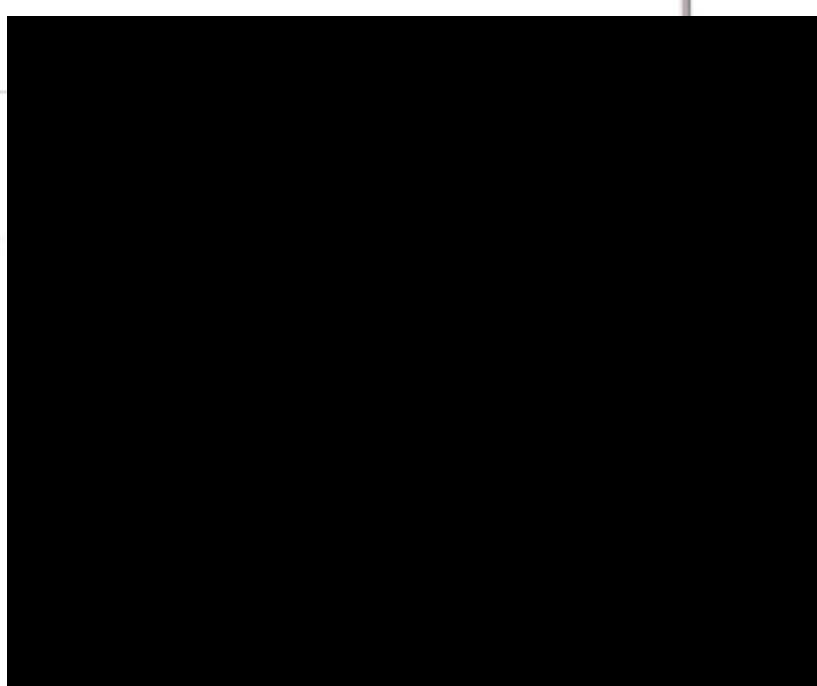
Fecha	15.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Oficina Municipal

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



### Desarrollo

Se hizo un taller de trabajo conjunto entre el equipo SPP y SCEE  
relacionado en coordinación en temas con relevancia de la  
Política y Financiera. Durante la jornada se revisaron documentos,  
informes y estrategias de implementación de políticas para usuarios  
y cuidadores.





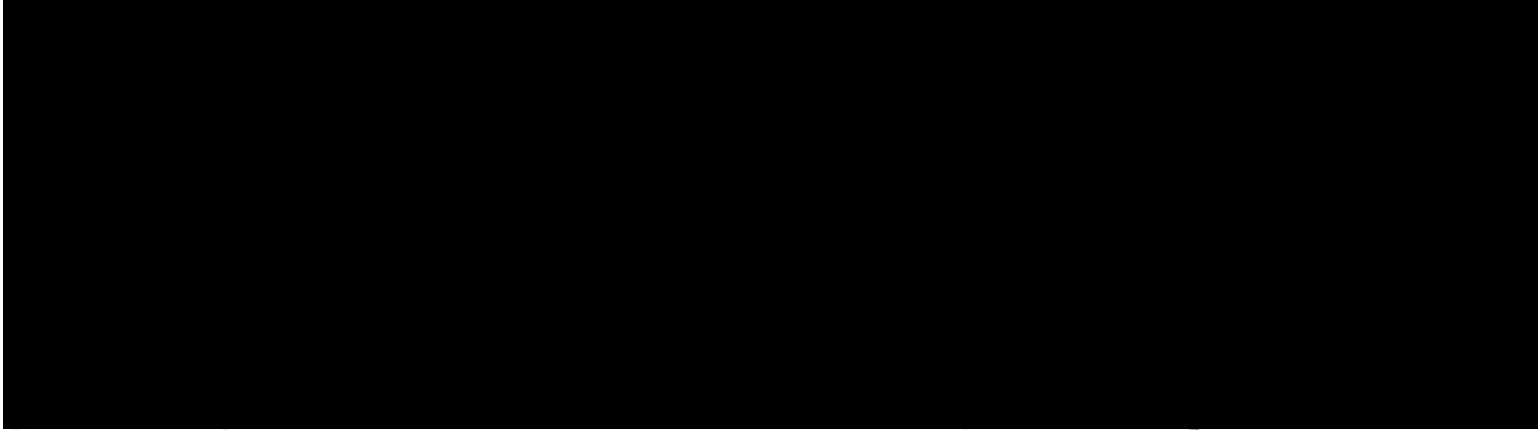
# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

14

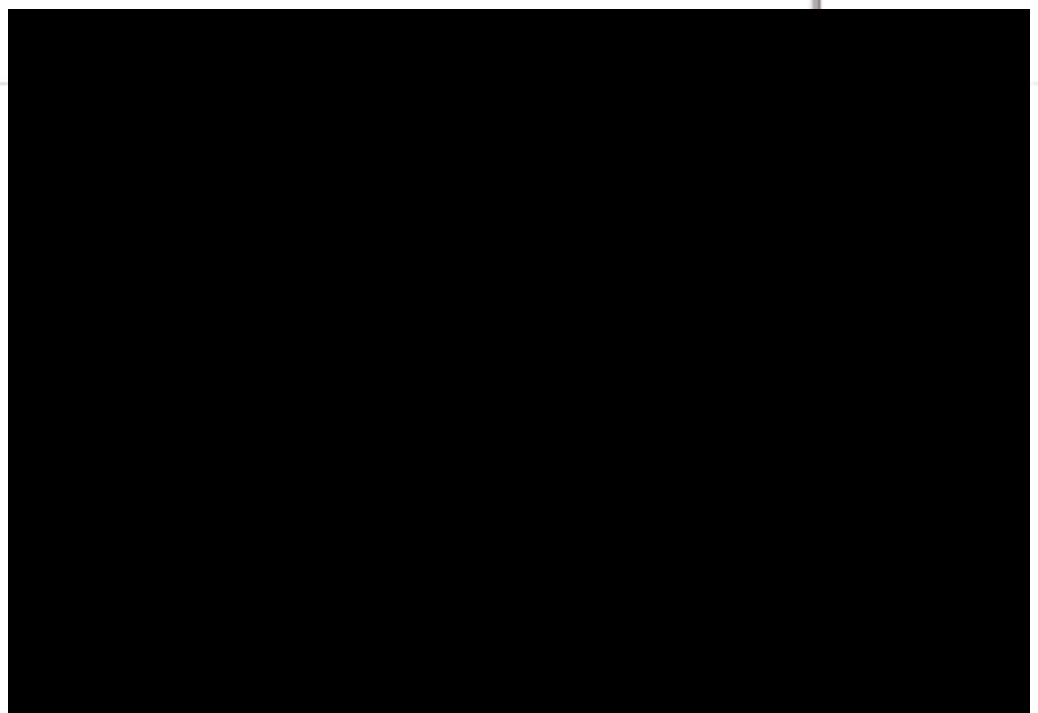
Fecha	20.05.2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Reunión presencial

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




### Desarrollo

- Se realizó el registro de actividades en el programa Micos.
- Registrando a las personas voluntarias.
- Se registró en el sistema de campo y redes.





## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

16

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.

12

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/04/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
Cancelada	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO Cancela Atención	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 28/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13 - 15 - 16 - 17 - 19 - 20 21 - 22 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA Cooperadora, Alegre	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/05/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
Cancelada	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO Cancela Atención	

Horario: 13:15 - 17:00	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13 15 - 16 - 17 - 19 - 20 - 21 22 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA sin apetito come muy poco	

Horario: 13:15 - 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 checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13 15 - 16 - 17 - 19 - 20 - 21 22 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA se niega a comer se informa a cuidador	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

18

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 comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/04/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
Cancela Atención	
<b>Observaciones</b>	
Usuario Cancela Atención	
Realiza Trabajo Adh	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 2 - 5 - 7 - 10 - 15	
19 - 20 - 21 - 22 - 26 - 27	
28	
<b>Observaciones</b>	
Usuario Cooperador, más Alerta	

Horario: 13:15 - 17:00	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
15 - 19 - 20 - 21 - 22	
30	
<b>Observaciones</b>	
Usuario irritable, se descompensa por salida hacer un trámite	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
Cancela Atención	
<b>Observaciones</b>	
Usuario Cancela Atención	
Realiza Trabajo Adh	

Horario: 13:15 - 17:00	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1 - 2 - 5 - 2 - 10 - 15 - 19	
20 - 21 - 22 - 26 - 27 - 28	
<b>Observaciones</b>	
Usuario irritable, poco Cooperador	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

20

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, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

21

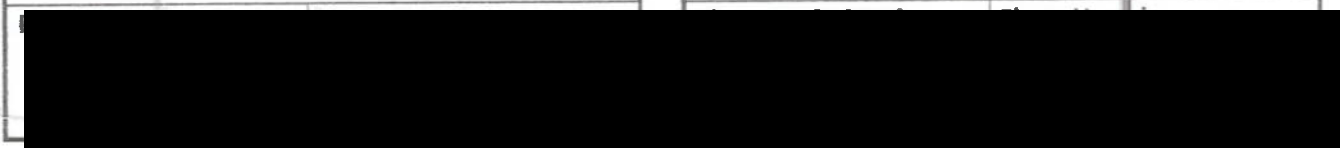
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
7 - 10 - 11 - 15 - 16 - 17 - 18	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO somnoliento	

Horario: 09:00 - 12:45	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 checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
7 - 10 - 11 - 15 - 16 - 17 - 18	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO cooperador y Alegre	



Horario: 09:00 - 12:45	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 checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
7 - 10 - 11 - 15 - 16 - 17 - 18	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO perdido en tiempo	

Horario: 09:00 - 12:45	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
7 - 10 - 11 - 15 - 16 - 17 - 18	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO proactivo	



Horario: 09:00 - 12:45	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 checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
7 - 10 - 11 - 15 - 16 - 17 - 18	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO cooperador	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	



COPIA FIEL AL ORIGINAL.

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

22

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 en actividades de salud.

Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11	
15 - 19 - 20 - 21 - 22 - 24	
25 - 26 - 27 - 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA con olor de orina muy fuerte	

Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/04/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11	
15 - 19 - 20 - 21 - 22 - 24	
25 - 26 - 27 - 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA no sigue ordenes simples lenguaje Ausente, Desorientado en tiempo espacio y persona	

Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 25	
26 - 27 - 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA somnolienta, no percibe ordenes simples.	

Horario: 09:00-12:45	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 25	
26 - 27 - 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA con orina fuerte, desorientado en tiempo y espacio	

Horario: 09:00-12:45	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15	
19 - 20 - 21 - 22 - 24 - 25	
26 - 27 - 28	
<b>Observaciones</b>	
Usuaria somnolienta	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

24

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 y de su comunidad.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

23

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 16 - 19 - 21 - 22 - 26	
27 - 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA con bastante dolor corporal, orina en varias ocasiones mientras se muda	

Horario: 09:00 - 12:45	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13 - 15	
16 - 19 - 21 - 22 - 26 - 27	
28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA somnolienta, sin animo, sin ganas de comunicarse	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 07/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13 - 15	
16 - 19 - 21 - 22 - 26 - 27	
28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA con mejor animo mas comunicativa y cooperadora	

Horario: 09:00 - 12:45	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13 - 15	
16 - 19 - 21 - 22 - 26 - 27	
28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA cooperadora, Alegre y habladora	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

26

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

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

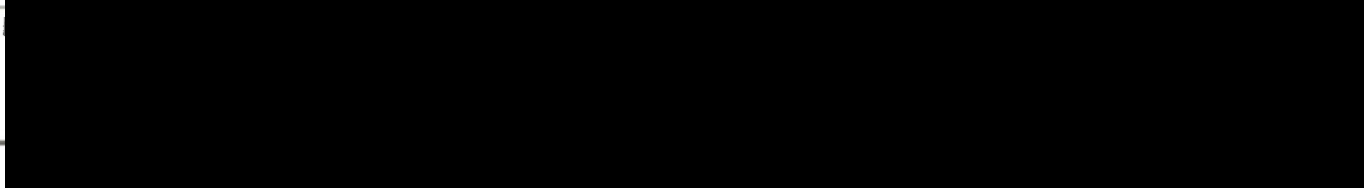
### Plan de Apoyo SAD

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.
28. Orden de la cama.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades o de interés de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

19

Horario: 13:15 - 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 checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-3-5-7-8-9-10	
11-15-16-20-22-25-27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO COOPERADOR, ESTÁTICO	

Horario: 13:15 - 17:00	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-3-5-7-8-9-10-11	
14-15-16-20-22-25-27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO sigue estático, se le	



Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 07/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-3-5-7-9-10-11	
15-16-20-22-25-27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO COOPERADOR, desplazado normalmente, con mayor	

Horario: 13:15 - 17:00	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-3-5-7-9-10-11	
15-16-20-22-25-27	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO con bastante Apetito con mas fuerza, mas	



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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma

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



ginal

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

78

NOMBRE	
RUT	
ID	

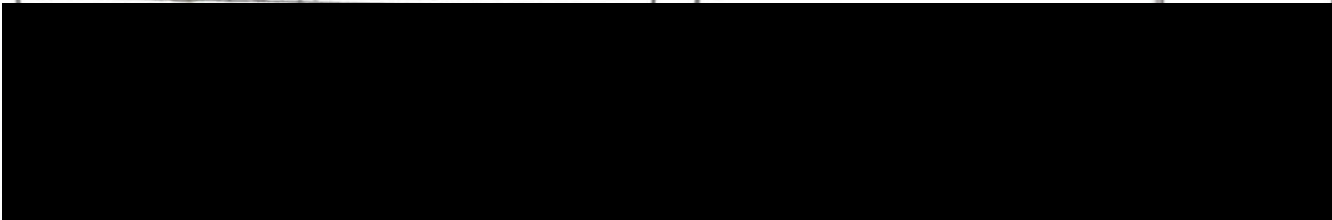
### Plan de Apoyo SAD

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 que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento p  
y de salud.

79

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2-3-5-7-10-11-15-16	
20-21-22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
Se observa al usuario desorientado en tiempo y espacio, con bajo nivel de Alerta.	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2-3-5-7-10-11-15-16-20	
21-22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
Se observa usuario más activo y alerta, con menor desorientación	



Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 01/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2-3-5-7-10-11-15-16	
20-21-22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO MAS ALERTA, MAS COOPERADOR	

Horario: 09:00 - 12:45	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2-3-5-7-10-11-15-16	
20-21-22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
SE OBSERVA AL USUARIO DESORIENTADO, ORINA MAS	



Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
2-3-5-7-10-11-15-16	
20-21-22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO DESORIENTADO, SOMNOLIENTO	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

REALIDAD DE PADRE HU...



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

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

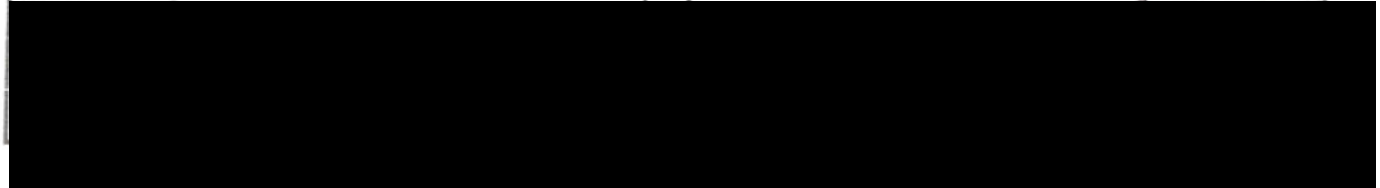
### Plan de Apoyo SAD

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, o de la familia, o de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para el acceso a servicios de salud y de salud.

2

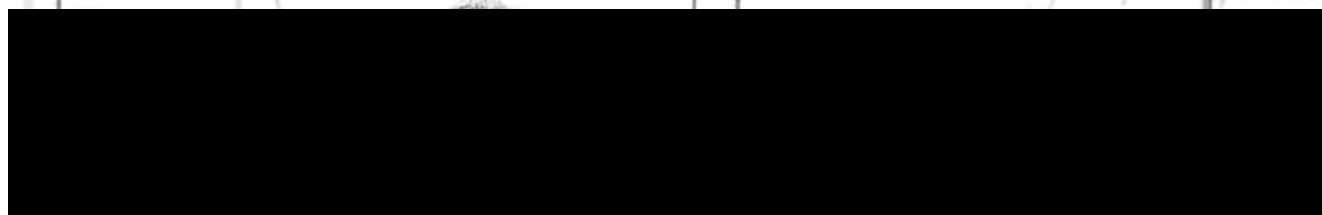
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/04/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-5-7-10-11-14	
15-16-17-19-20-21	
22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
Uso de cooperador	
2	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 09/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-5-7-10-11-14	
15-16-17-19-20-21	
22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
Uso de buen humor	



Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-5-7-10-11-14	
15-16-17-19-20-21	
22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
Uso de proactivo	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/05/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-2-5-7-10-11-14	
15-16-17-19-20-21	
22-27-28	
<b>Observaciones</b>	
Uso de alegre, cooperador	



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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

