



07

## Informe de pago mensual

**Funcionario: Hellen Fuentes Maripe**

**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.



04

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

**B. Eliminación y control de esfínteres**

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

**C. Movilidad y funcionalidad**

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

**D. Estimulación y apoyo psicosocial**

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

**E. Apoyo en salud y tratamientos**

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

**F. Alimentación**

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

**G. Apoyo domiciliario**

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

**H. Apoyo en gestión y redes**

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

OS

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**

ob

Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>20</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>21</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>22</b> Manuel Faundez 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>23</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	<b>24</b> Dora Acuña 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>27</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>28</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>29</b> Manuel Faundez 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>30</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	

Calendario de mayo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>4</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>5</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>6</b> Manuel Faundez 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>7</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	<b>8</b> Dora Acuña 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>11</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:20	<b>12</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>13</b> Manuel Faundez 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>14</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Raul Lagos 13:15 A 17:00	<b>15</b> Dora Acuña 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00
<b>18</b> Jose Aguilera 9:00 a 12:45  Rosa Muñoz 13:15 A 17:00	<b>19</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Moises Mancilla 13:15 A 17:00	<b>20</b> Manuel Faundez 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00	<b>21</b> feriado	<b>22</b> Juan Arriagada 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 17:00

[Redacted]

Helen Fuentes Manpe

[Redacted]



# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

07

Fecha	22/04/2023
Hora	11:30 a 17:00
Comuna	Paqueta Hurtado
Lugar de realización	Oficina de la PAU

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

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


**Desarrollo**

Se realizó reunión en Plataforma Virtual, registrando los acuerdos.  
 Se registra asistencia de curso y actualización de nombre.

Anais Navarrete

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



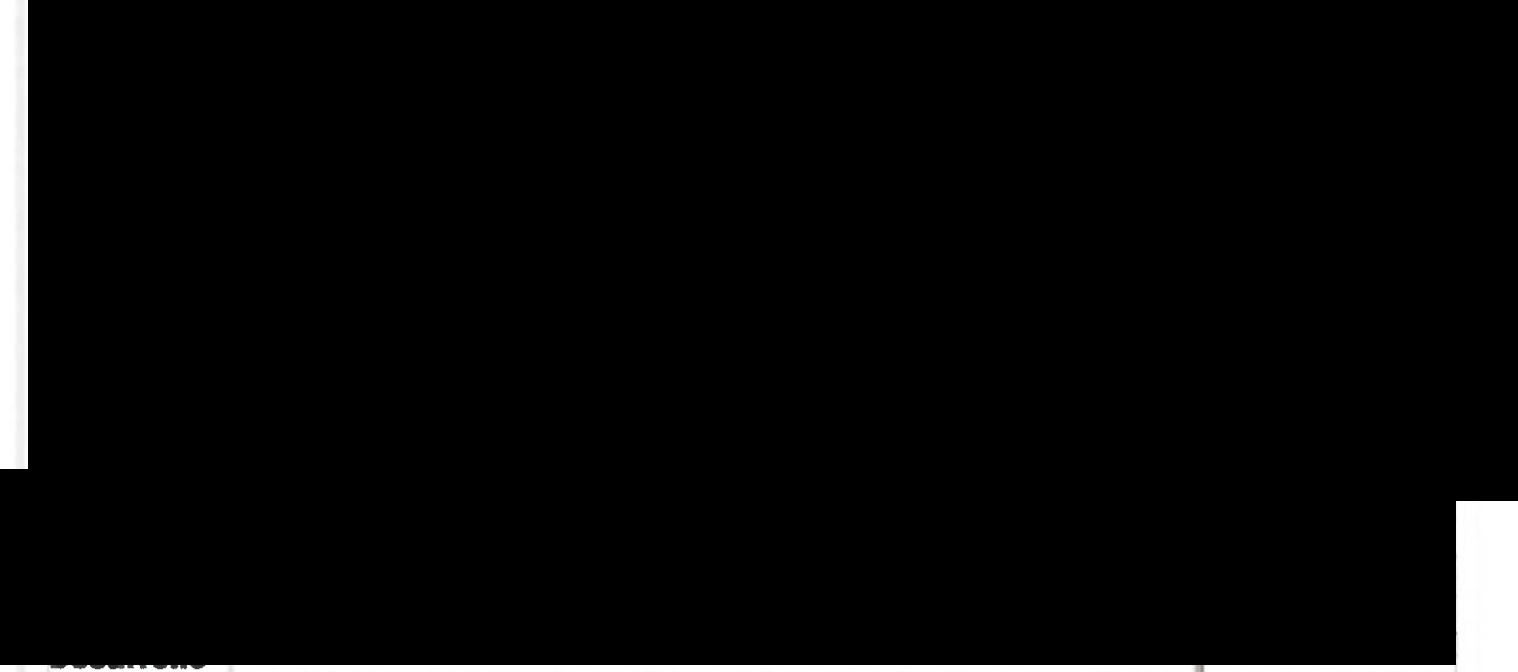
08

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo institución programa	Cargo institución
-------------------	----------------------------	-------------------

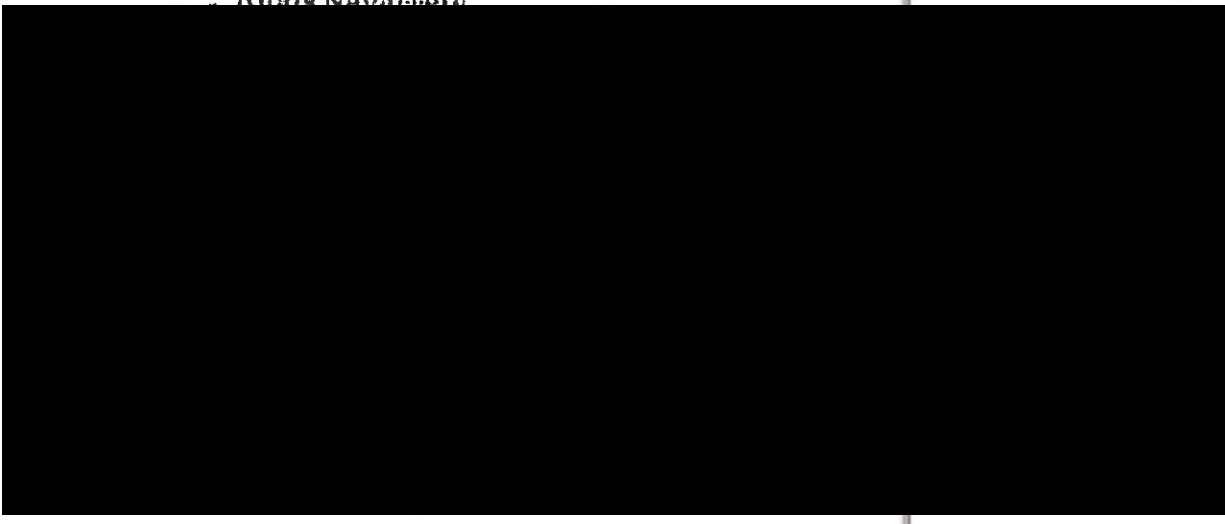


Se realiza Actividad de articulación realizada por parte de Comités, realizamos Actividad de prep intersectorial.

- El Circuito de agradecimiento
- Dos verdades y una mentira.
- Técnica Mindfulness
- Pauta sobre con Act. Fines mas.

Entre temas que fue presentados temas sobre y recursos de Festeo rural.

Annex Navarrete





# PRLAC N°04.1

09

## Acta de Reunión

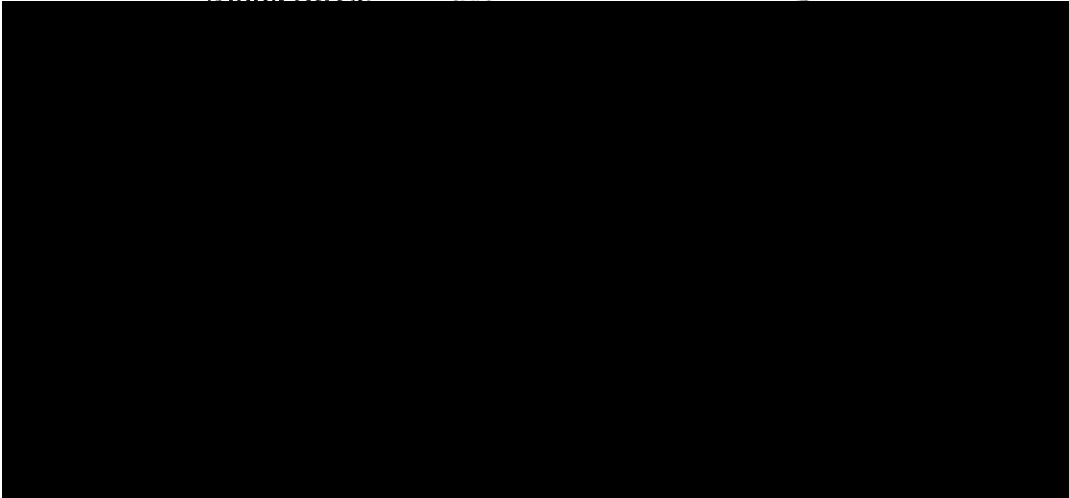
Fecha	29.01.2026
Hora	15:00 a 17:00
Comuna	Duque de Osorno
Lugar de realización	Oficina Hospital

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico

### Desarrollo

Se realizó un tiempo administrativo abordando situaciones relacionadas a parámetros técnicos, registros de Cuadros de Camp y Actualización.

Anais Navarrete





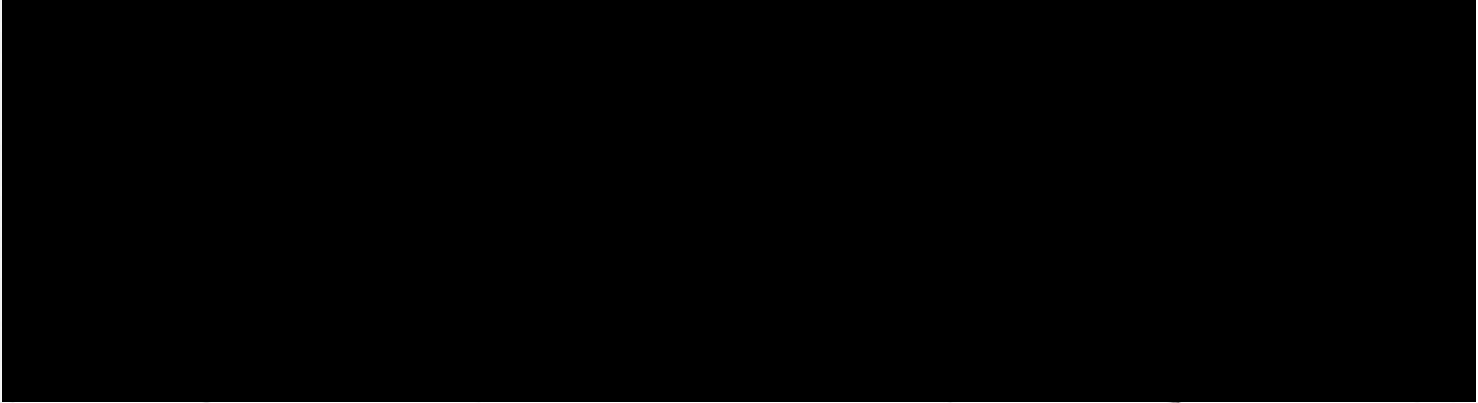
10

# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

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

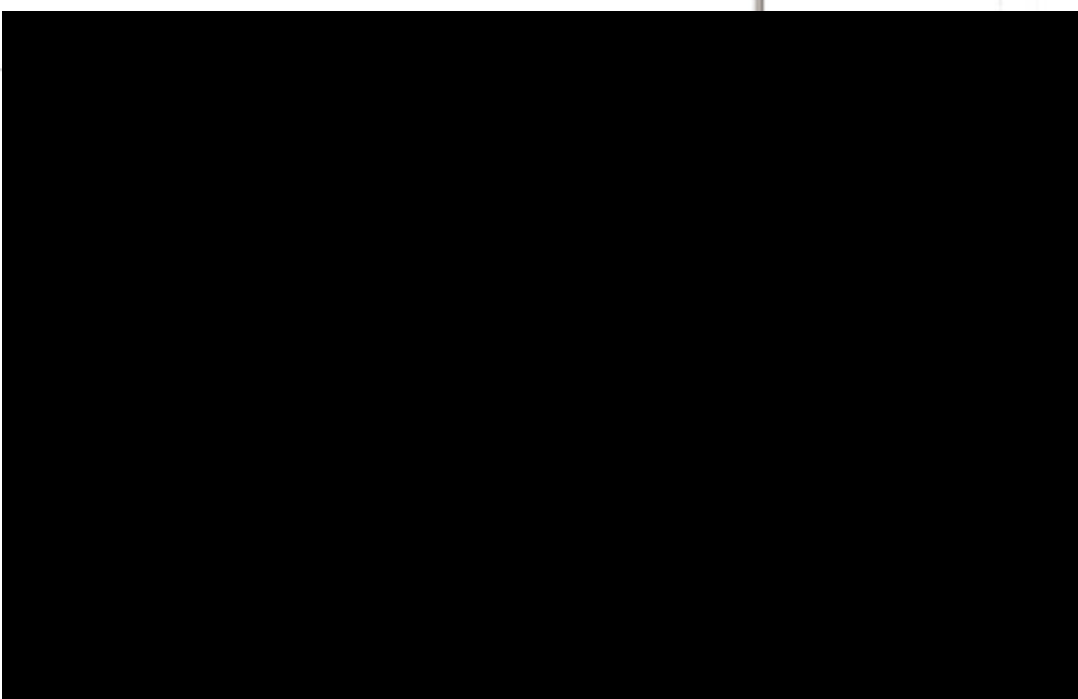
Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



### Desarrollo

Se realizó un breve taller sobre el plan de trabajo de la comisión de gestión en situación de emergencia.

Se revisó el estado de avance y actualización de tareas.





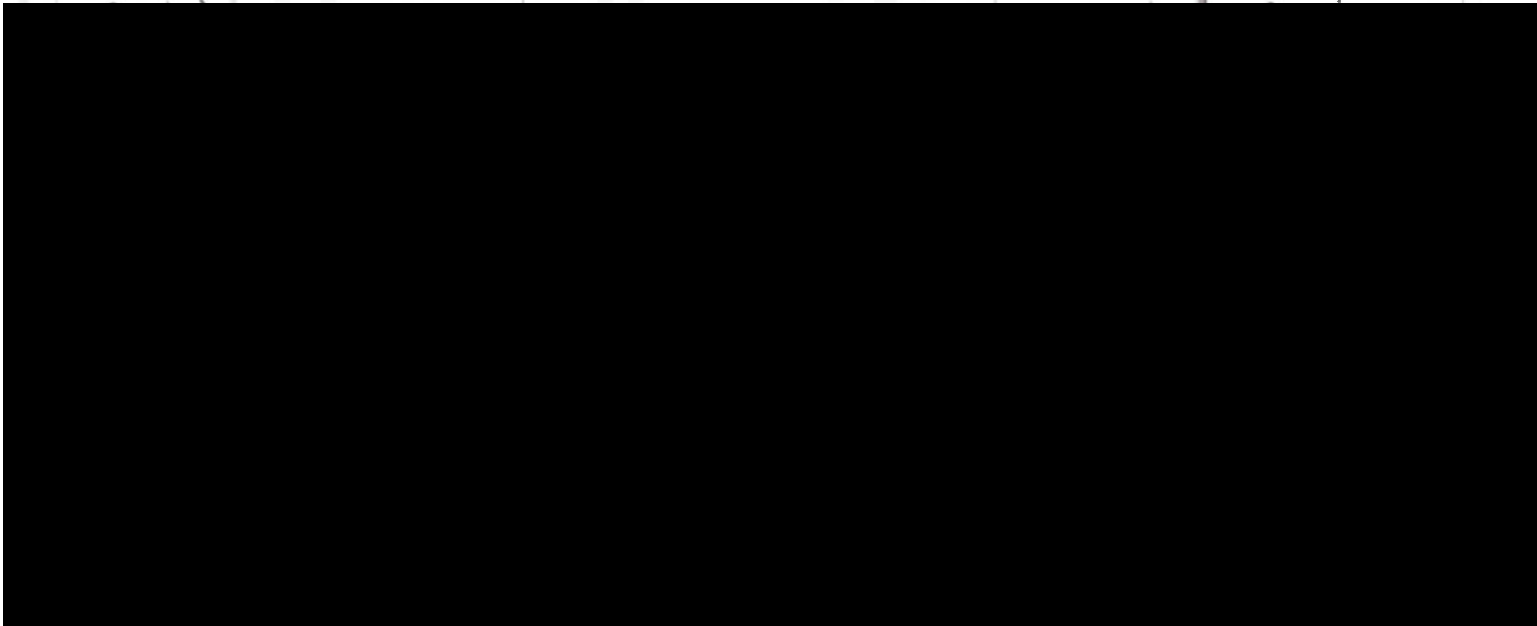
# PRLAC N°04.1

11

## Acta de Reunión

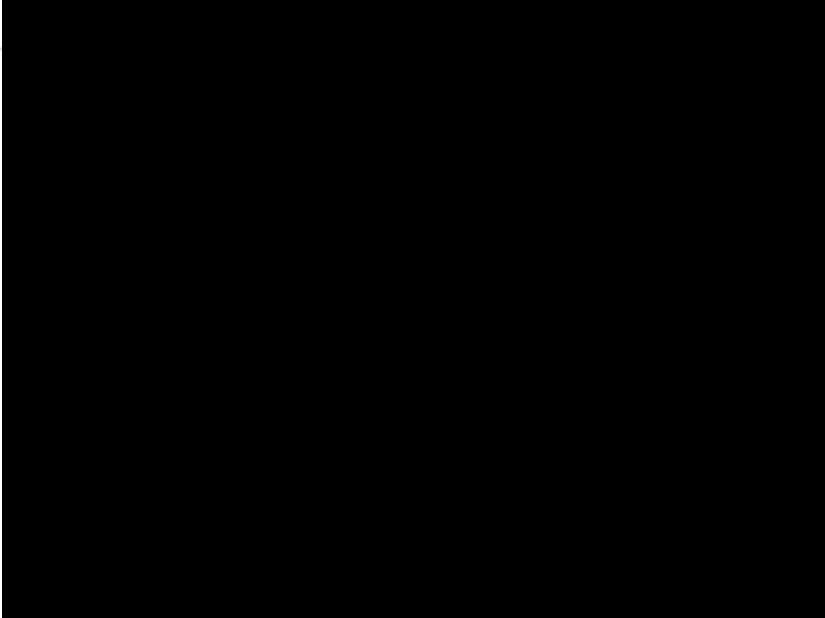
Fecha	08/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Ñuble
Lugar de realización	Oficina Regional

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



### Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos SFAO y SDEE y se mantuvo los casos activos y coordinados con las Comunas, además se planificó la integración de intervenciones multidisciplinarias y seguimiento de usuarios con mayor vulnerabilidad.







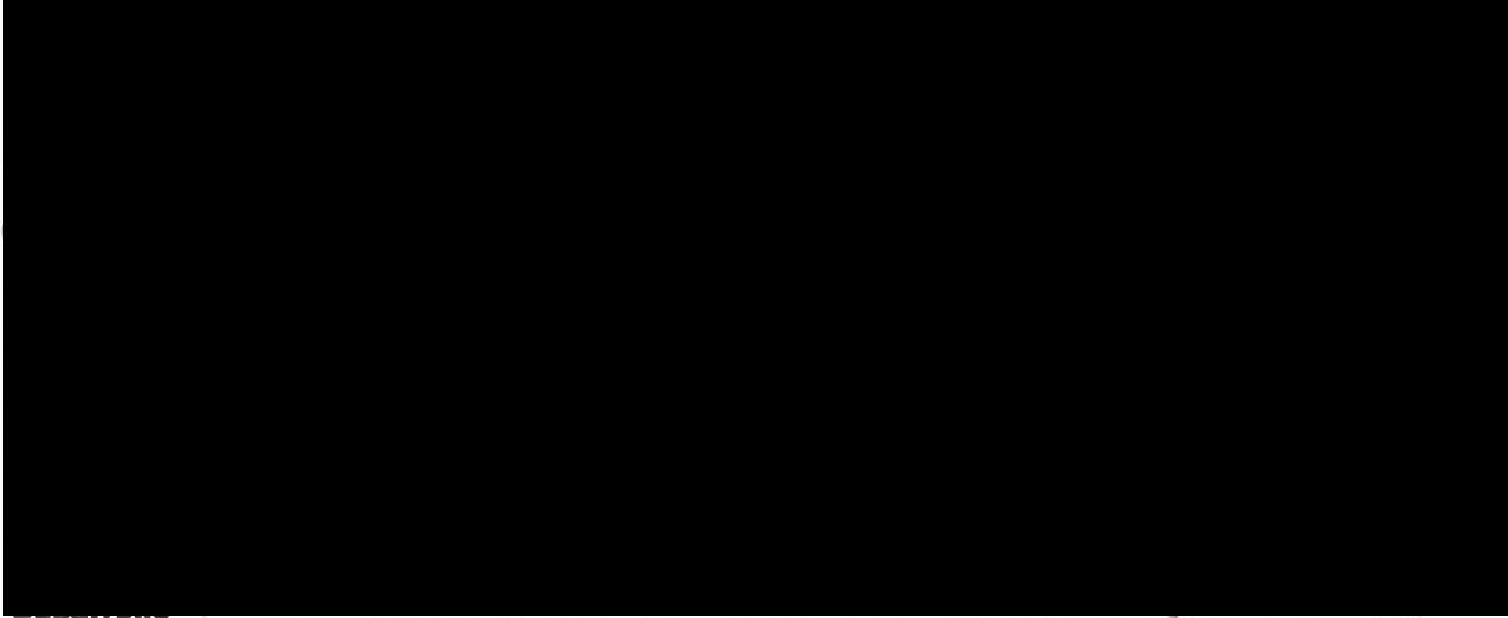
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

13

Fecha	13.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Hospital

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



Se han de hacer cuentas entre los años 2020 y 2025  
 respecto a los voluntarios, en base con necesidad de apoyo  
 humano y financiero. Durante la jornada se revisó también  
 informes y estrategias de implementación digital presencial  
 y virtual.





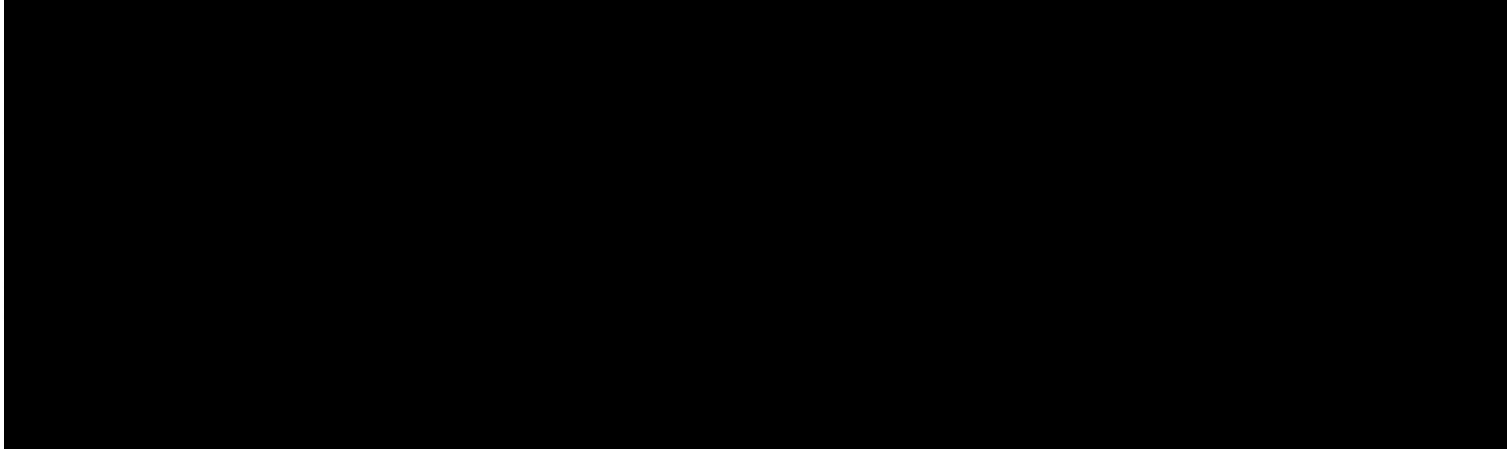
14

# PRLAC N° 04.1

## Acta de Reunión

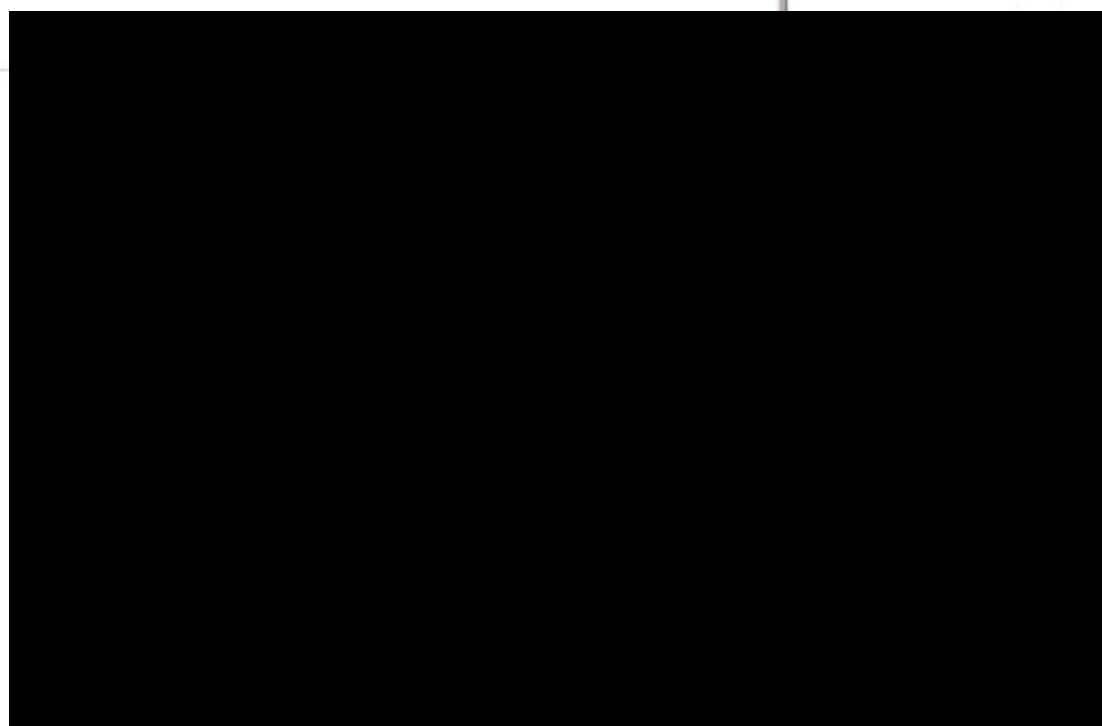
Fecha	20/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Reñaca
Lugar de realización	Oficina Regional

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



### Desarrollo

- Se realiza el primer seminario en plataforma Zoom.
- Registrados Atenciones vulgares.
- Se repone en ChileCuida el campo y nombre.





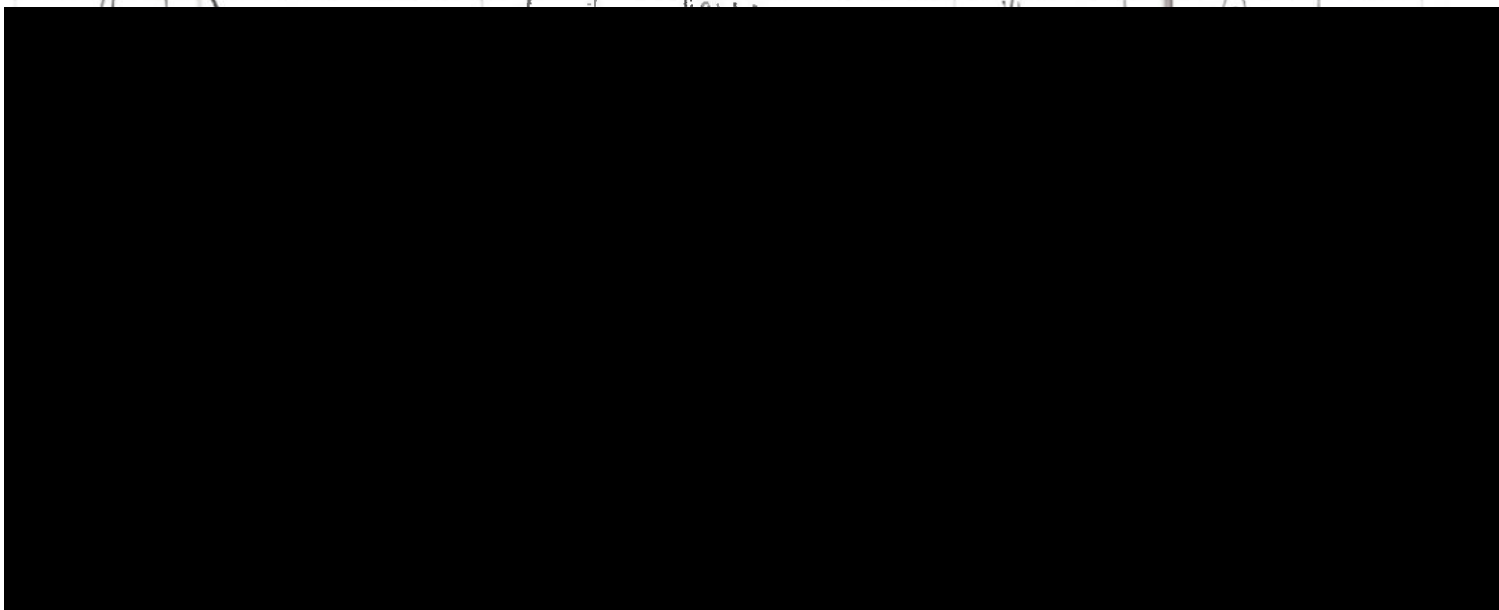
15

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

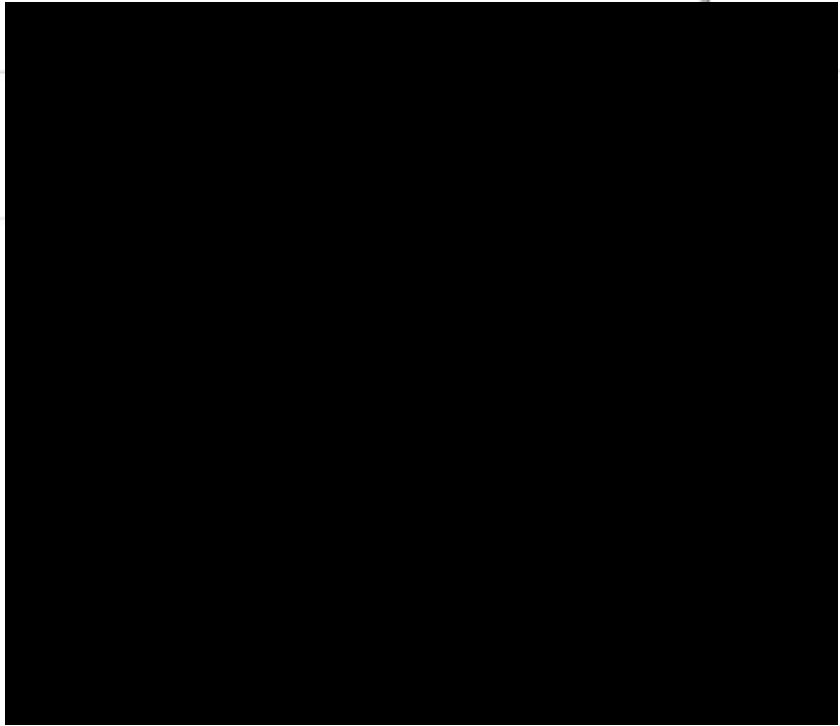
Fecha	22/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Lastra Hurtado
Lugar de realización	Oficina propia

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



### Desarrollo

Se realizó reunión de Equipo DPO y SOR. Se realizó informe de Avance; Encargado de Programa. Se hizo conclusión de los temas discutidos y los pasos a seguir.



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

16

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

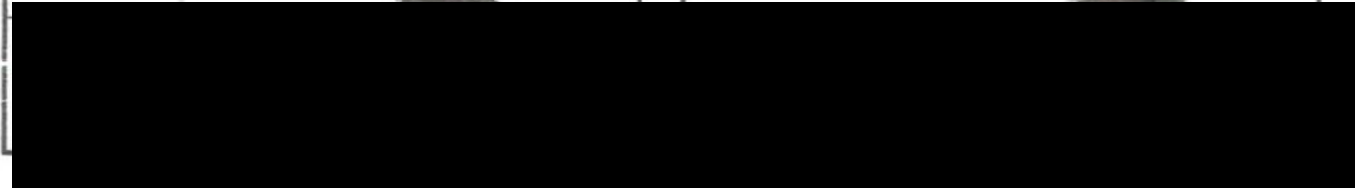
### Plan de Apoyo SAD

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 y su entorno comunitario.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

17

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 21/4/2026	
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>	
14, 15, 20, 24, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO CON SU CUESTIONARIO ESTA BASTANTE	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 28/4/2026	
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>	
14, 15, 20, 24, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO MUY DEJANADO	



Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 5/5/17/26	
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>	
15, 20, 24, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	
SALIDA CON EL USUARIO	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 17/5/17/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
13, 14, 15, 24, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO CON ANIMO Y CALMOS A DAR	



Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 19/5/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
14, 15, 20, 24, 26, 29	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO DEJANADO NO QUISO NADA.	

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>	

IDAD DE PADRE



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

18

NOMBRE

RUT

ID

### Plan de Apoyo SAD

1. Baño/úlcera.
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 su integración comunitaria y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites y de salud.

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/4/2026	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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17	
19, 20, 21, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
Usuario en excelente estado cooperador	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/4/2026	2
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, 14, 15, 16, 17	
19, 20, 21, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
Usuario muy cooperador + en excelente estado + se come todo su almuerzo	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/5/2026	3
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17	
19, 20, 21, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
Usuario con ánimo + feliz	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/5/2026	4
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, 14, 15, 16, 17	
19, 20, 21, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
Salida a la feria con M- Usuario	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/5/2026	5
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17	
19, 20, 21, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
Usuario cooperador + buena actitud	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/5/2026	6
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17	
19, 20, 21, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
Usuario de buen ánimo hace ejercicios + tareas	

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

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

### Plan de Apoyo SAD

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

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 1
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, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO de buen ANIMO + muy cooperador.	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 28/4/2026	
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, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO de buen ANIMO + muy feliz, cooperador	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 5/5/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO desorientado sin ANIMO	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 4
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, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO de JUANIMADO + NO Querido Nada, Ni laborarse	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 19/5/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO Estable + cooperador en buen ANIMO	

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

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 entorno comunitario y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para el acceso a servicios de salud.

27

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 20/4/2026	
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, 5, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 17	
19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
Usuario en buen estado - codificador.	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 21/4/2026	
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>	
5, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 17	
19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
Usuario con Anillo y hace sus TAREAS de cost.	



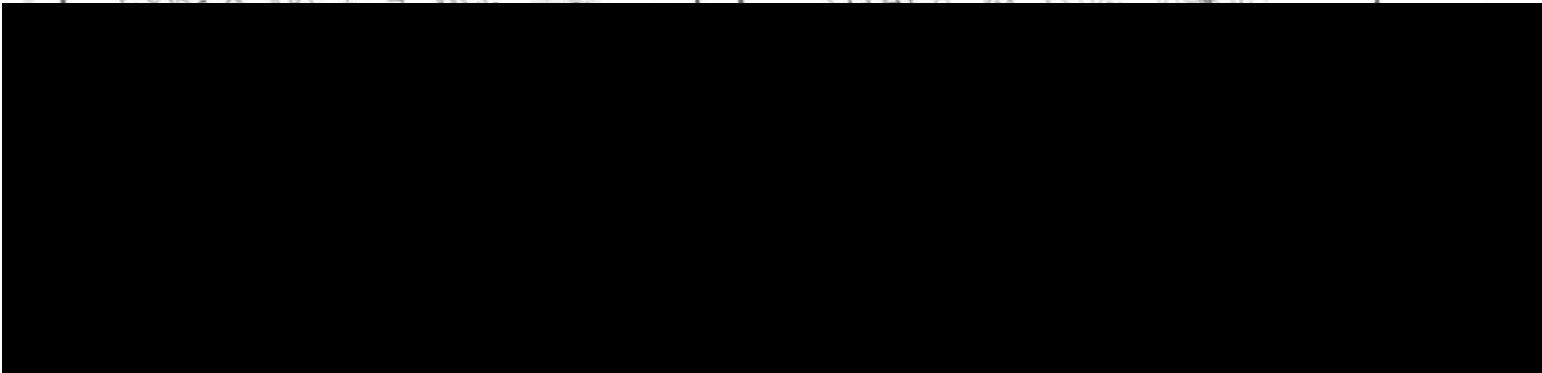
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 27/4/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21	
23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
Con el usuario salimos a comprar	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 30/4/2026	
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>	
5, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 19	
21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
Usuario de su estado 5 BAJAR de nada.	



Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 5
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 19	
21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones*</b>	
Usuario Pol. 2 + bnd	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 6
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>	
5, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 17	
19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
Usuario en buen estado	



24

Horario: 9:00 / 12:45	N° de sesión: 7
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>	
5, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 18	
21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO Cooperador / También hicimos de tareas	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 8
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>	
5, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 17	
19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO de Sani. Medio + Com. S. R. N. O.	

Fecha de sesión: 18/05/2026	Sesión: 7
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 18	
21, 23, 24, 26, 27, 28, 29	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO con GANAR de HACE muchas cosas.	

Fecha de sesión: 21/05/2026	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>	
Feriado	
<b>Observaciones</b>	

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>	
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>	

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	
RUT	
ID	

### Plan de Apoyo SAD

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

26

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1, 2, 6, 11, 13, 15, 25, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA en buen estado, pero DESANIMADA.	

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 08/13/2026	
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 type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
Hospitalizada	
<b>Observaciones</b>	
Trabajo Administrativo	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 15/12/26	
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, 6, 11, 13, 15, 25, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA con mucho dolor	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 22/15/2026	
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, 6, 11, 13, 15, 25, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA con mucho dolor SIN haber sido dada	

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 Us

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>	

(2)

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

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

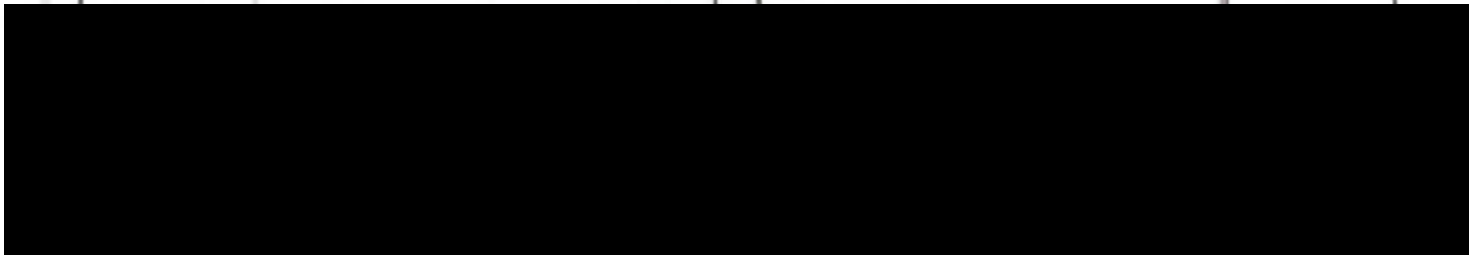
### Plan de Apoyo SAD

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

28

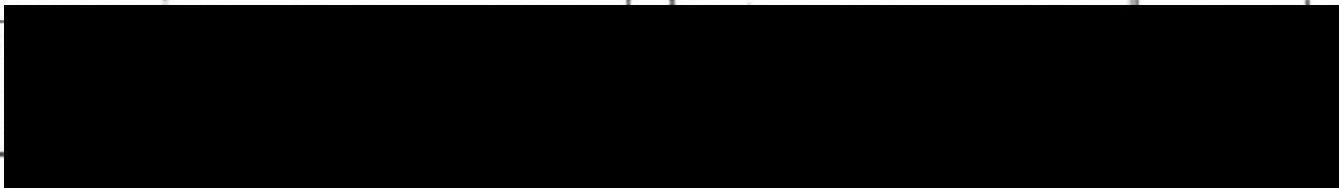
Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 23/04/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 10, 14, 15, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO NO HUBO PERO DE BUEN ANIMO	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión: 2
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>	
5, 10, 14, 15, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO DESCRIBIDO	



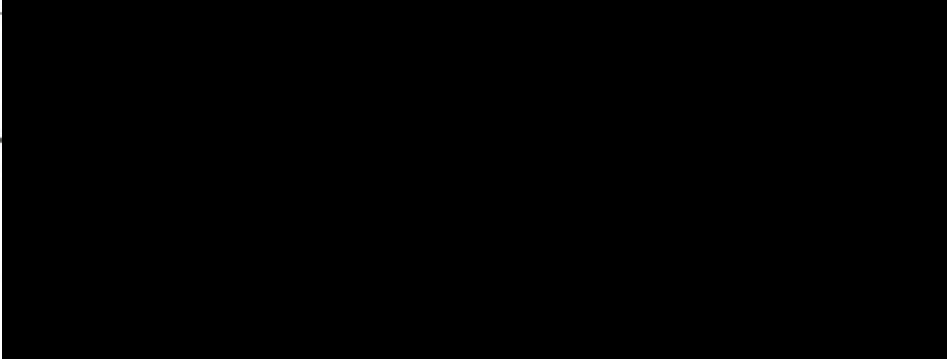
Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 7/5/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 10, 15, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO DESANIMADO SIN AVANCE POR MARCHA	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 14/5/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 10, 14, 15, 26, 27, 28	
<b>Observaciones</b>	
USUARIO TOTALMENTE DESANIMADO, SIN AVANCE DE TRABAJO	



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>	



## 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, barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para [REDACTED] y de salud.

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 20/4/2026	
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>	
5, 6, 10, 11, 13, 15, 20	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA en buen estado lee sus libros.	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 27/4/2026	
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>	
5, 6, 10, 11, 13, 15, 20	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA JUEGA A LOS DOMINOS	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 4/5/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 10, 11, 13, 15, 20	
<b>Observaciones</b>	
USUARIA Hace ejercicios Matemáticos	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 11/5/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 10, 11, 13, 15, 20	
<b>Observaciones</b>	
Salida a la PLAZA con USUARIA	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 18/5/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
5, 6, 10, 11, 13, 15, 20	
<b>Observaciones</b>	
Salida a comer con USUARIA ella estaba muy feliz	

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>	

UNIDAD DE PADRE