



Informe de pago mensual

Funcionario: Mónica del Carmen Rivera Gaete.

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 no participé en actividades organizadas por la DIDECO, manteniendo disposición para apoyar en futuras instancias que se desarrollen en coordinación con dicha dirección. ✓



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

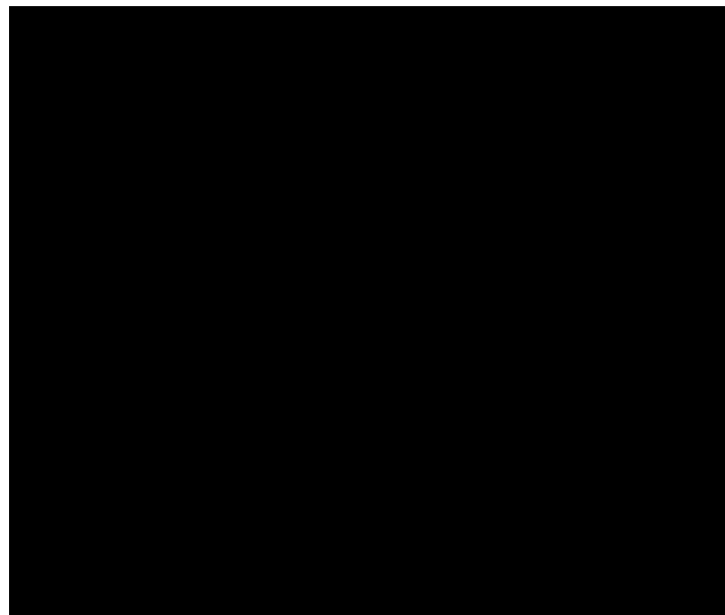


Calendario de abril, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
20 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	21 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	22 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	23 Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45 Hector Latorre 13:15 a 17:00	24 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
27 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	28 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	29 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	30 Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45 Hector Latorre 13:15 a 17:00	

Calendario mayo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
4 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	5 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	6 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	7 Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45 Hector Latorre 13:15 a 17:00	8 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
11 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	12 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	13 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	14 Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45 Hector Latorre 13:15 a 17:00	15 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
18 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	19 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	20 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	21 feriado	22 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00





PRLAC N°04.1

07

Acta de Reunión

Fecha	22/04/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Varadero
Lugar de realización	Oficina Municipal

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
José Cancino Peña	Asistente de Ciudad	[Redacted]
Constanza González	Asistente de Ciudad	
Hélia Fuentes	Asistente de Ciudad	
María Paredes P.	Asistente de Ciudad	
Tamara Campos	Asistente de Ciudad	
Alondra Heñao	Asistente de Ciudad	
[Redacted]	[Redacted]	
[Redacted]	[Redacted]	

Desarrollo

Se realizó reunión en Mesa de Trabajo, registrando los acuerdos.
 Se registró el acuerdo de Campo y actualización de datos.





08

PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Carrolla Dorotea	Terapeuta, PRLAC	
Macarena Rojas	Kinesólogo; PRLAC	
Komerrat Abadoby Pizarre	Terapeuta Ocupacional	
Aldon Arguella	Psicólogo	
Alfredo Rojas	Asistente de cuidado	
Yamora Campos	Asistente de cuidado	
Patricia Rojas	Asistente de cuidado	
Delia Rojas	A. de Cuidado	
Constantino González	A. de Cuidado	
M ^o José Camino Peña	Asistente de cuidado	
Constanza Díaz	A.C.	
Lucía Beharales	Coordinadora	
Patricia Romero	Asistente	
Constanza Rojas	A.C.	
Lucía Beharales	Coordinadora	
Patricia Romero	Asistente	

Desarrollo

Se realiza actividad de autoevaluación realizada por parte del Comité, realizamos actividad de juego interactivo.

- El círculo de agradecimiento
- Dos verdades y una mentira.
- Técnica Mindfulness
- Pasa lista con los temas.

Entre otros temas que se abordaron en la reunión.



09

PRLAC N°04.1

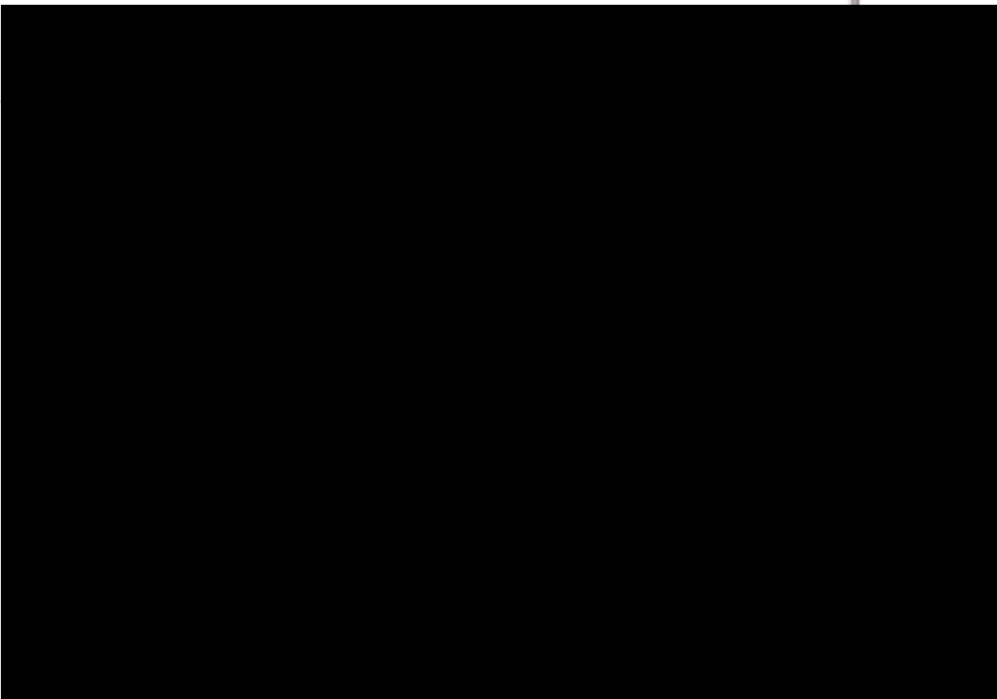
Acta de Reunión

Fecha	27.01.2020
Hora	11:00 a 12:00
Comuna	Duque de Caxa
Lugar de realización	Oficina Regional

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
M ^o José Camino Peña	Asistente de cuidado	[Redacted]
Constanza González	Asistente de cuidado	
Hellen Bente	Asistente de cuidado	
Monica Divila P.	Asistente de cuidado	
Pamela Campos	Asistente de cuidado	
Alexandra Hefno	Asistente de cuidado	
Constanza Soto	AC	
Patricia Martínez	AC y Psicóloga	
Anais Navarrete	Coord. NADYA SA	

Desarrollo

Se realizó trabajo administrativo e hicieron funciones relacionadas a parte de: libros, registros de cuaderno de campo y Análisis de datos.





10

PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Hellen Fuentes	Asistente de Cuidado
Monica Rivera	Asistente de Cuidado
M. Jose Corcino Perez	Asistente de Cuidado
Constanza Gonzalez	Asistente de Cuidado
Araiz Novarete	Coordinadora SOP
Constanza Soto	Asistente de Cuidado
Tomara Campos	Asistente de Cuidado
Patricia Martinez	Ac. y psicóloga
Alondra Heron	Asistente de Cuidado



Desarrollo

Se realizó un taller de sensibilización en el que se abordaron temas relacionados con el cuidado de las personas con discapacidad.

Se revisó el avance de campo y la implementación de los servicios.



PRLAC N°04.1



Acta de Reunión

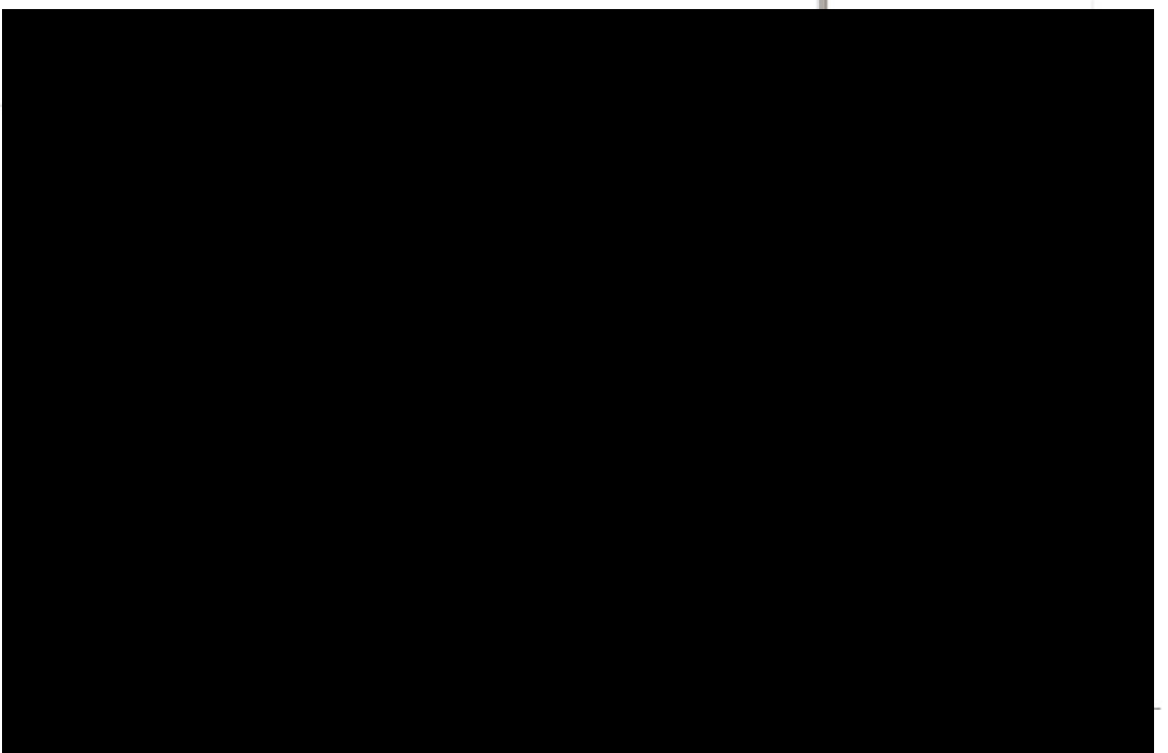
Fecha	08/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Puerto Montalvo
Lugar de realización	Oficina Regional

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Comilio Donato	Interventor, PRLAC
Macarena Mayani	Interventora, PRLAC
Conserrat Aballe y Pilcoke	Terapeuta Ocupacional
Ausón Arguello	Psicólogo
Alondra Tefino	Asistente de Ciudadela
TANITA Campos	Asistente de Ciudadela
Patricia Daniela P.	A. de Ciudadela
Alfonso Riquelme	A. de Ciudadela
Caroline González	A. de Ciudadela
M. José Cuevas Peña	A. de Ciudadela
Alfonso Martínez	Coordinador
Felipe Parana	Trabajo y AC
Andrés Sola	A.C.
Patricia Bermúdez	Coordinadora
Carolina Paredes	AC
Carolina Paredes	Coordinadora



Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos SMO y SDEE vinculados. Como apoyo y coordinación con las comunidades se planifican actividades de intervención individualizadas y seguimiento de usuarios con apoyo W. presencial.





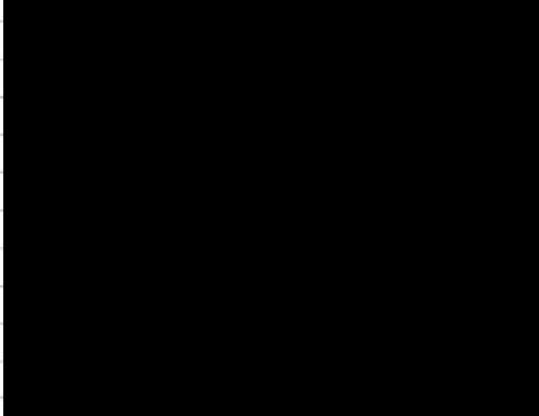
PRLAC N°04.1

12

Acta de Reunión

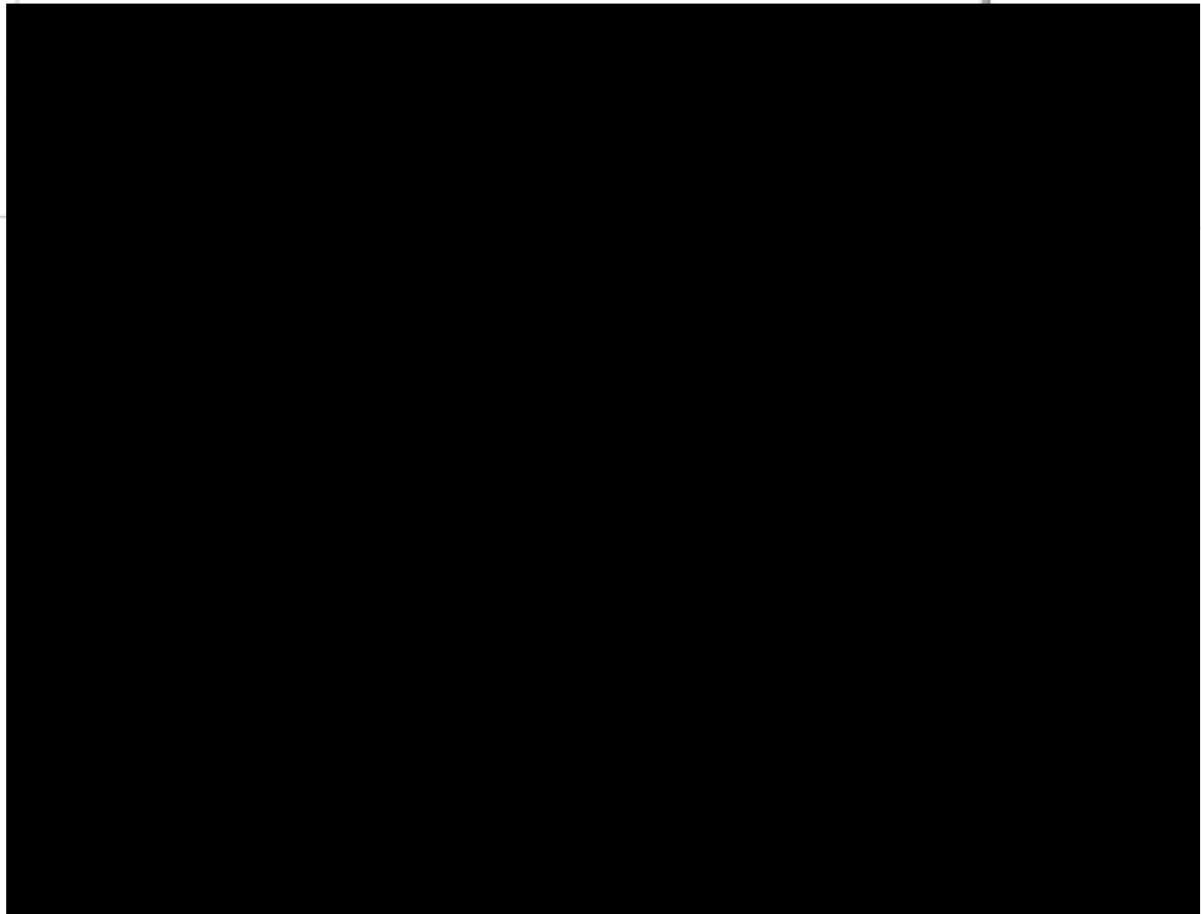
Fecha	13/05/2023
Hora	11:00 a 12:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Jóhanna Inzunza

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Constanza Soto	AC	
Tomara Campos	Asistente de cuidado	
Anaís Navarrete	Coordinadora SOD	
Monica Rivera	AC de cuidado	
Kellen Fuentes	Asistente de cuidado	
Constanza Gonzalez	Asistente de cuidado	
M ^o José Cancian Peric	Asistente de cuidado	
Patricia Martínez	AC y Podolupa	
Alondra Iefre	Asistente de cuidado	



Desarrollo

Se reunió en plataforma. Hicieron registro de los asistentes.
 Se registra en Cuaderno de campo y actualización de roles.



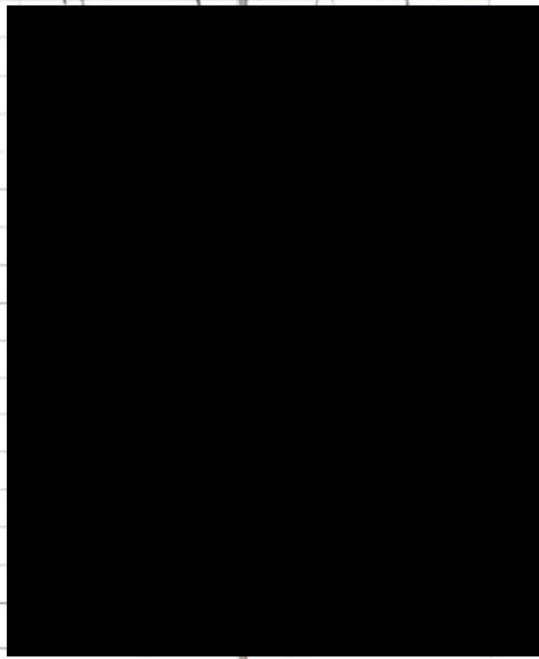
PRLAC N°04.1

(B)

Acta de Reunión

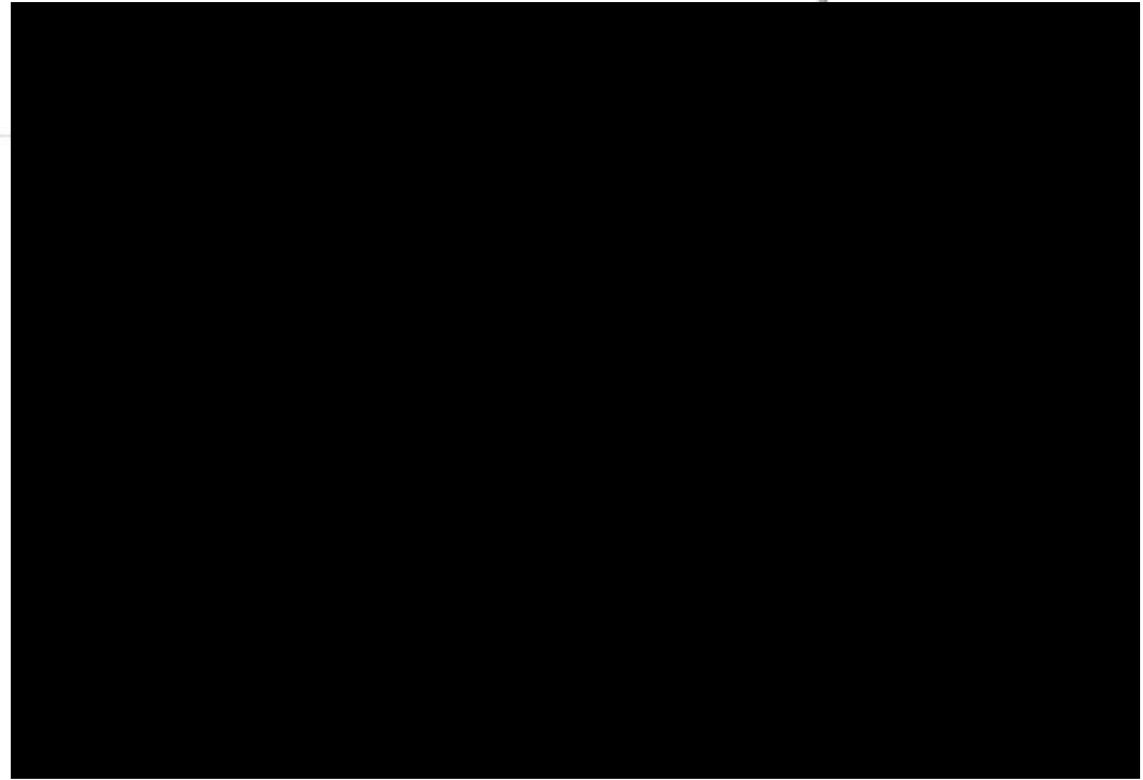
Fecha	15.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Superior

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Camilo Donoso	Kinesiólogo, PRLAC	
Macarena Mayama	Kinesióloga, PRIAC	
Monserrat Absaluy Pilante	Terapeuta Ocupacional	
Alison Arjuelo	Psicóloga	
Alondra Infante	Asistente de Ciudad	
Concepción Campos	Asistente de Ciudad	
Carolina Rivera J.	A. de Ciudad	
Michelle Fuentes	A. de Ciudad	
Constantino González	A. de Ciudad	
M ^o José Camino Peña	A. de Ciudad	
Lucía Domínguez	AC y Cuidado	
María José	Coordinadora	
Patricia Hernández	Coordinadora	
Diego Pérez	AC	
Esteban Leiva	Encargado PRLAC	
Carolina	AC	



Desarrollo

Se hizo un breve resumen de los temas tratados en la reunión anterior y se acordó la agenda de la reunión de hoy. Se abordó el tema de la coordinación de los servicios de apoyo psicológico y financiero. Durante la jornada se revisaron los avances de la implementación del programa de apoyo psicológico y financiero de los beneficiarios de la Red Local de Apoyos y Cuidados.



PRLAC N°04.1

(15)

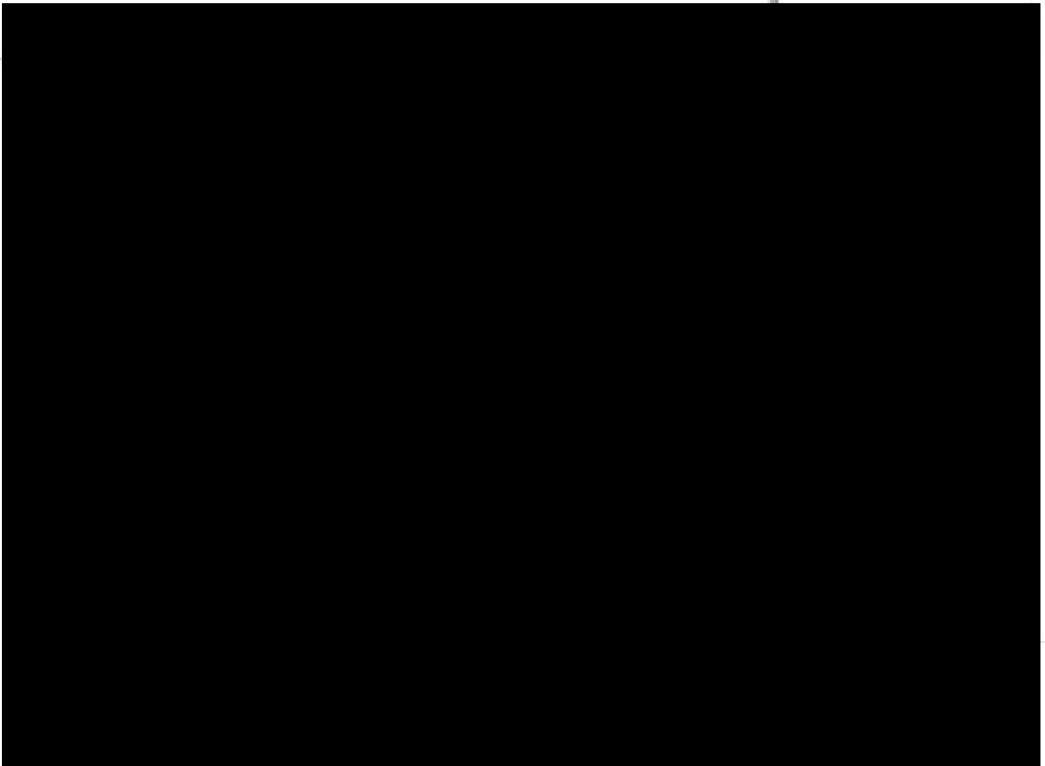
Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Carmita Donoso	Unidad, PRLAC	
Macarena Moyano	Unidad, PRLAC	
Rennerat Abaluy Pillone	Unidad, "Capacitación"	
Alicia Arguello	Psicóloga	
Almela Hofme	Asistente de ciudad	
Patricia Campos	Asistente de ciudad	
Yolanda de la Cruz	A. de Ciudad	
Patricia Riquelme	A. de Ciudad	
Constanza González	A. de Ciudad	
M ^{ra} José Carolina Peña	A. de Ciudad	
Lucía Navarro	Coordinadora S. de	
Consuelo Ortiz	A. de Ciudad	
Consuelo Parra	A. de Ciudad	
Denisse Rojas	Enfermera	
Patricia Villanueva	Coordinadora S. de	
Patricia Martínez	Psicóloga y A.C.	

Desarrollo

Se realizó reunión de equipo 20 y 21 de mayo.
 Asimismo, se encargó de preparar el plan de implementación de los
 componentes y los roles a cumplir.



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

16

NOMBRE	Luis Velazquez
RUT	7.029.327-8
ID	44334

Plan de Apoyo SAD

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

17

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 21/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-17-18-21-22	
24-25-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 21/07/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-17-18-21-22	
24-25-27-28	



Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 21/07/26	
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 type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-17-18-21-22	
24-25-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 21/07/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-17-18-21-22	
24-25-27-28	



Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 19/07/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-17-18-21-22	
24-25-27-28	

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



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Jepuindo González
RUT	6.775.325.00
ID	12623

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 de int
barrial.
30. Apoyo
y de sal

19

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 2/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17	
19-20-26-27-28	
Observaciones	
condiciones generales	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 2/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17	
19-20-26-27-28	
Observaciones	
en colaboración	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 2/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17	
19-20-22-27-28	
Observaciones	
usuario con buen apetito	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 2/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17	
19-20-22-27-28	
Observaciones	
usuario participativo en actividades	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 05/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17	
19-20-22-27-28	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión: 6
Fecha de sesión: 07/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17	
19-20-22-27-28	



Horario: 13 ^h - 17 ^h	N° de Sesión: 7
Fecha de sesión: 12/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17 18-20-21-22-23-28	
Observaciones	
usuario con problemas para finalizar actividades	
Firma Profesional	Firma Usuario

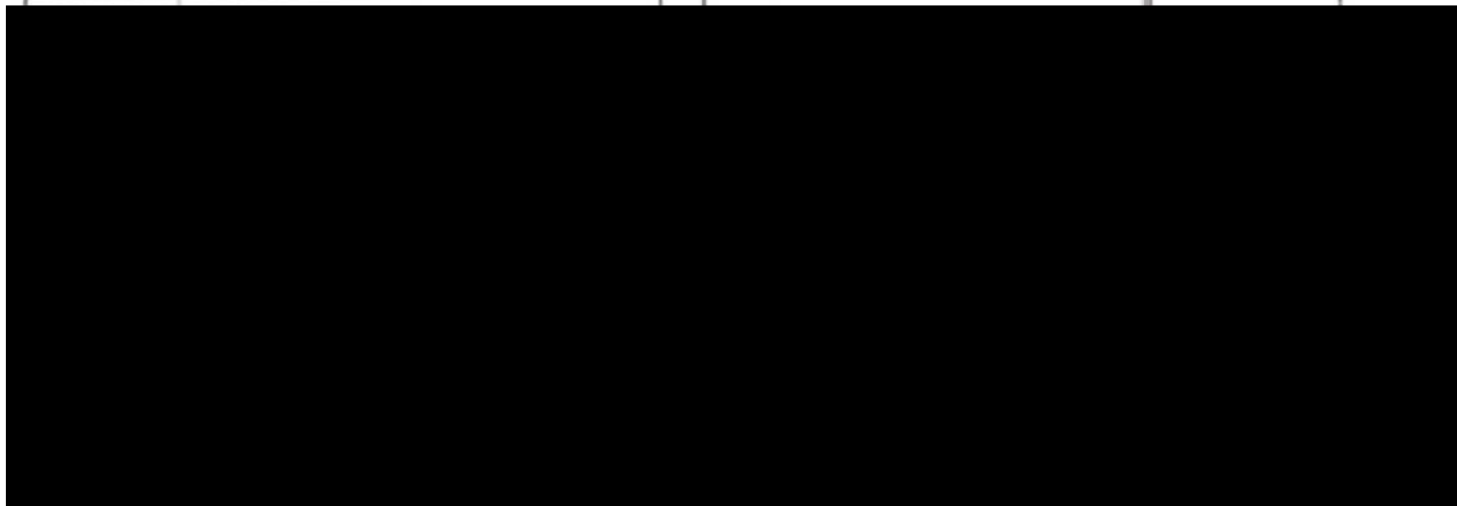
Horario: 9 ^h - 12 ^h 45	N° de Sesión: 9
Fecha de sesión: 4/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17 18-20-21-22-23-28	
Observaciones	
usuario a la hora de realizar con mucha disposición	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario: 13 ^h - 17 ^h	N° de Sesión: 9
Fecha de sesión: 19/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16-17 18-20-22-23-28	
Observaciones	
usuario trabaja desde casa y completa actividades	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 2/07/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	
Faltando	
Firma Profesional	Firma Usuario

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

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

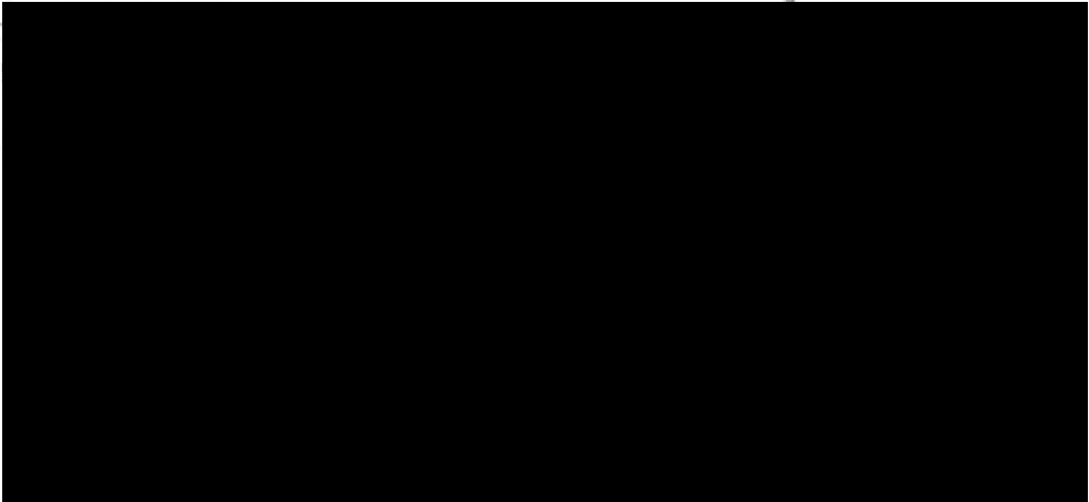


Datos Persona en Situacion de Dependencia funcional

NOMBRE	MORCES Galvan
RUT	3.347.077-0

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 excepcion de usar los utabelicos.
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 y acompañamiento o de interés de la barrial.
30. Apoyo y acompañamiento y de salud.



77

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/01 - 2026	1
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

SAD Actividades
 1-9-11-14-15-16-17-22
 24-25-27-28

Observaciones



Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/01 - 26	2
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

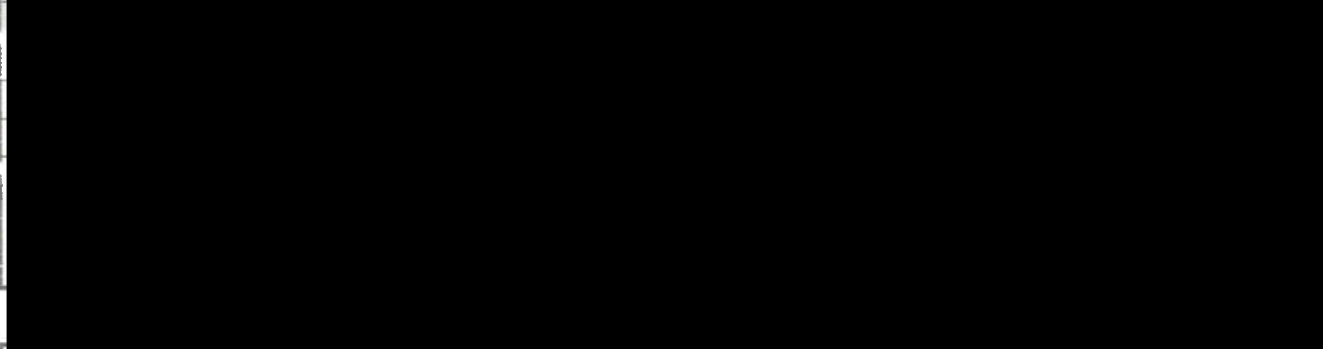
SAD Actividades
 1-9-11-14-15-16-17-22
 24-25-27-28

Observaciones

Horario: 12 ⁴⁵ - 1 ³⁰	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/01 - 26	5
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

SAD Actividades
 1-9-11-14-15-16-17-22
 24-25-27-28

Observaciones



Horario: 12 ⁴⁵ - 1 ³⁰	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/01 - 26	7
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

SAD Actividades
 1-9-11-14-15-16-17-22
 24-25-27-28

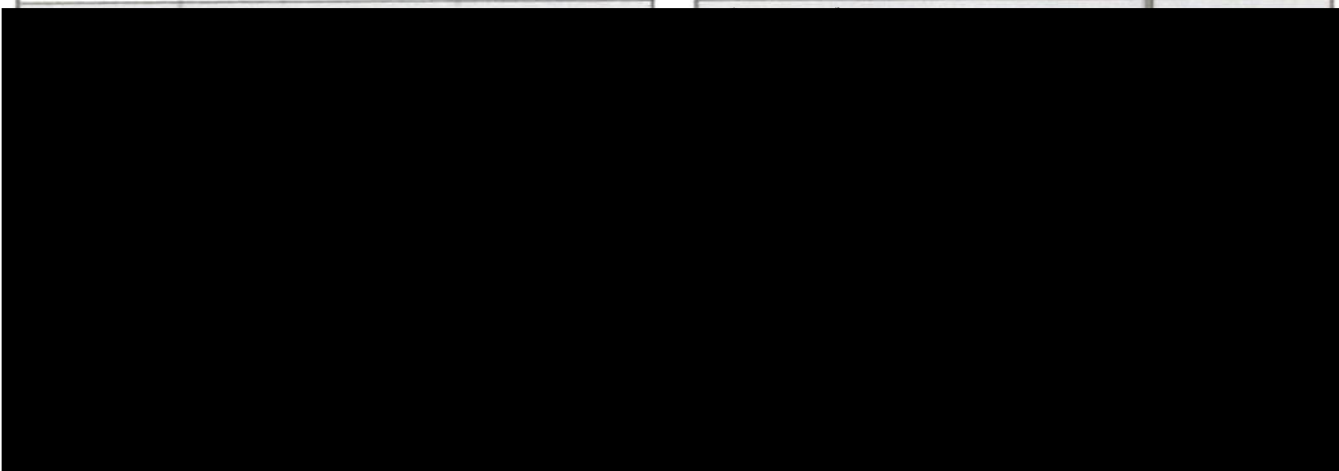
Observaciones

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

SAD Actividades

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

SAD Actividades



23

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Hector Latorre .
RUT	7.170.015-7
ID	114150

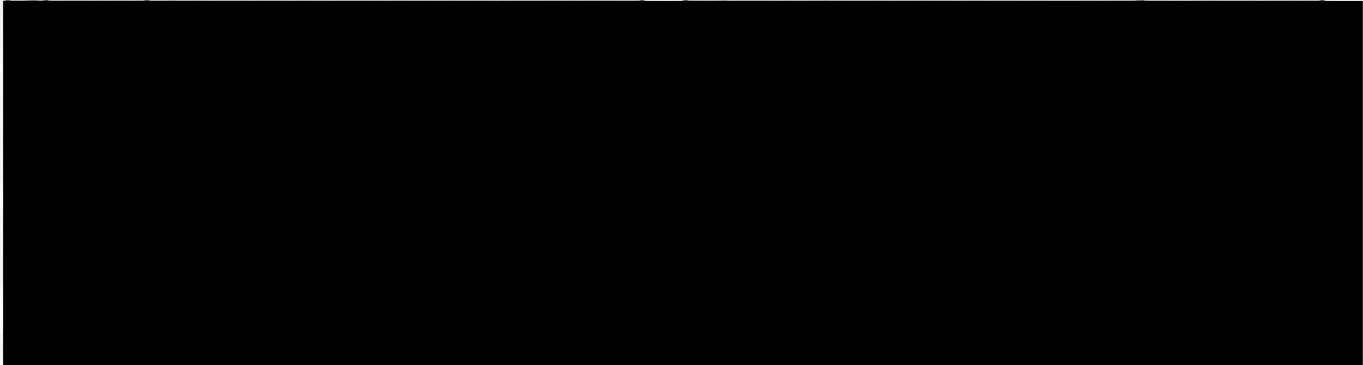
Plan de Apoyo SAD

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
29. Apoyo o a
o de interés
barrial.
30. Apoyo y a
y de salud.

24

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 23/04-26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-24-	

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 30/04-26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-24	



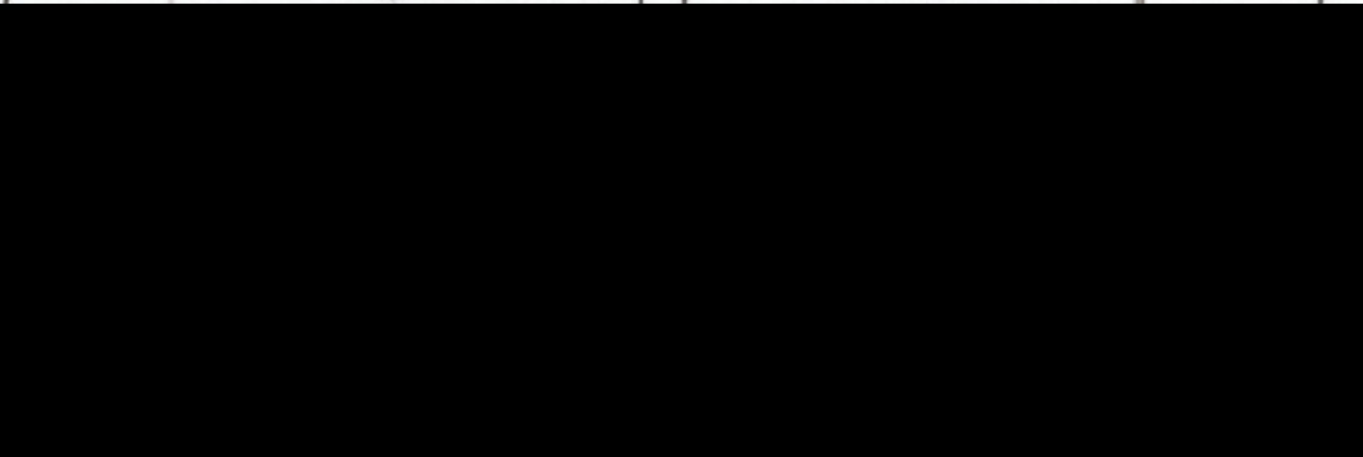
Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 7/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-24	

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 14/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-24	



Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 21/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

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



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Mario Vásquez
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 de interés de la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 20/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17-22	
Observaciones	
Usuario en buenas condiciones	
Firma Profesional	Firma Usuario
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

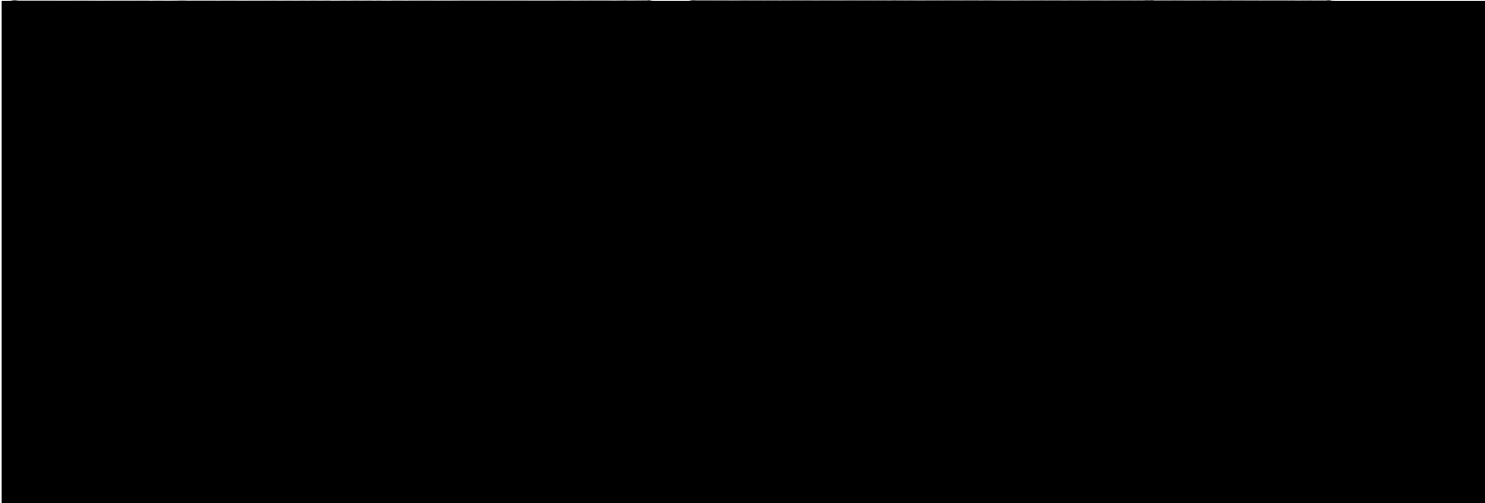
Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 27/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17-22	
Observaciones	
Usuario en buenas condiciones con buena disposición	
Firma Profesional	Firma Usuario
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 04/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17-22	
Observaciones	
Usuario realiza trabajos	
Firma Profesional	Firma Usuario
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 11/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17-22	
Observaciones	
Usuario de buena conciencia y realiza actividades	
Firma Profesional	Firma Usuario
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 18/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17-22	

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



24

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

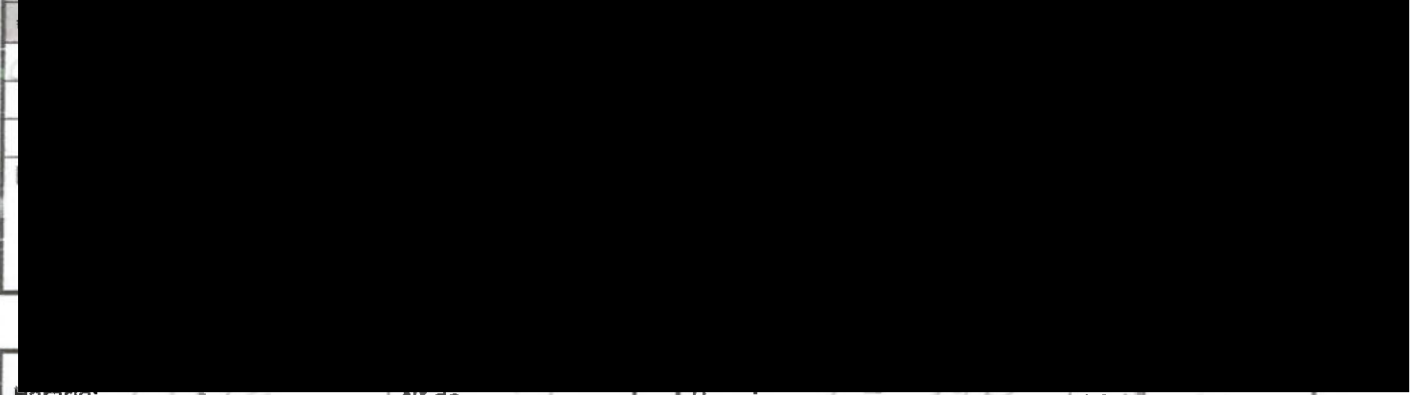
NOMBRE	Claudia Rosendo
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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 del hogar, donde habita mayormente la persona.
28. Orden de la cama y cambio de ropa.
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés de la persona, comunitarias y familiares.
30. Apoyo y acompañamiento para el acceso a servicios de salud.

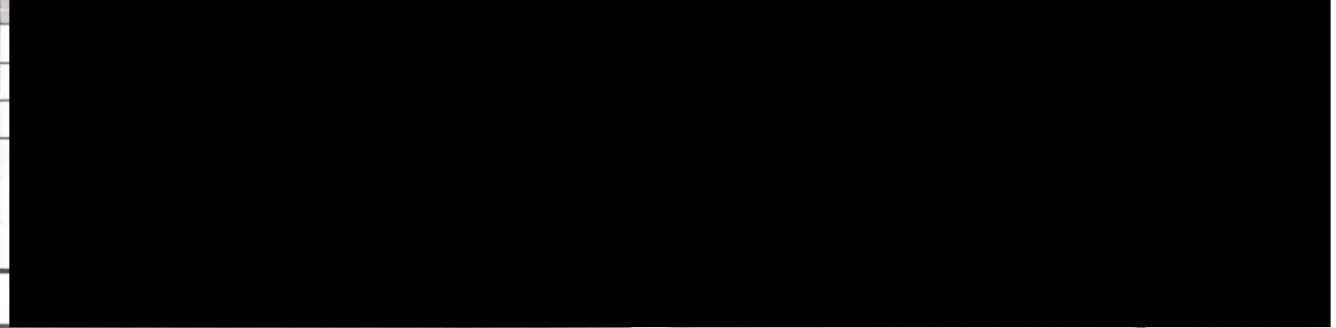
Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 2007-26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-7-10-11-15-16-19	
22-24-26-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 27/07-26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-7-10-11-15-16-19	
22-24-26-27-28	



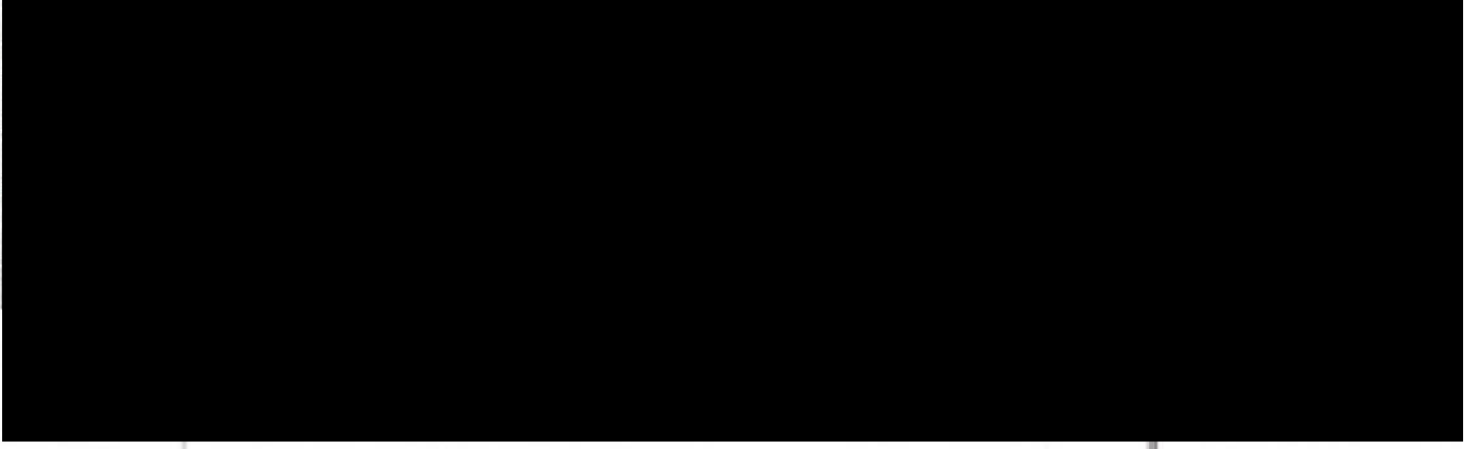
Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 24/07-26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-7-10-11-15-16-19	
22-24-26-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 18/07-26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-7-10-11-15-16-19-22	
24-26-27-28	



Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 18/07-26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-4-7-10-11-15-16-19-22	
24-26-27-28	

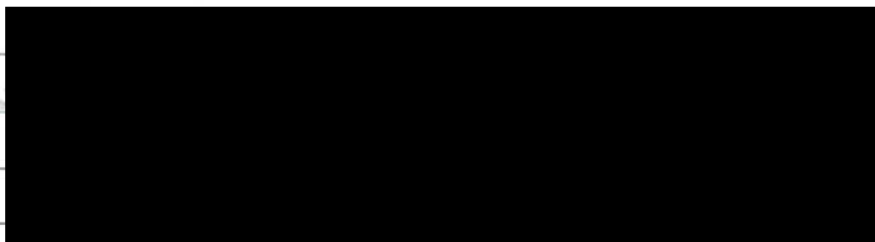
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	



29

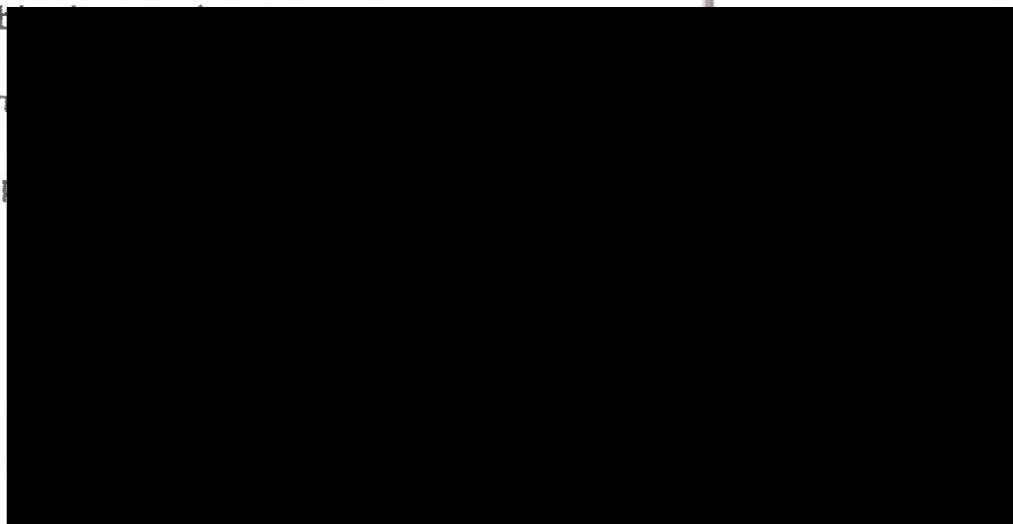
Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	
RUT	
ID	



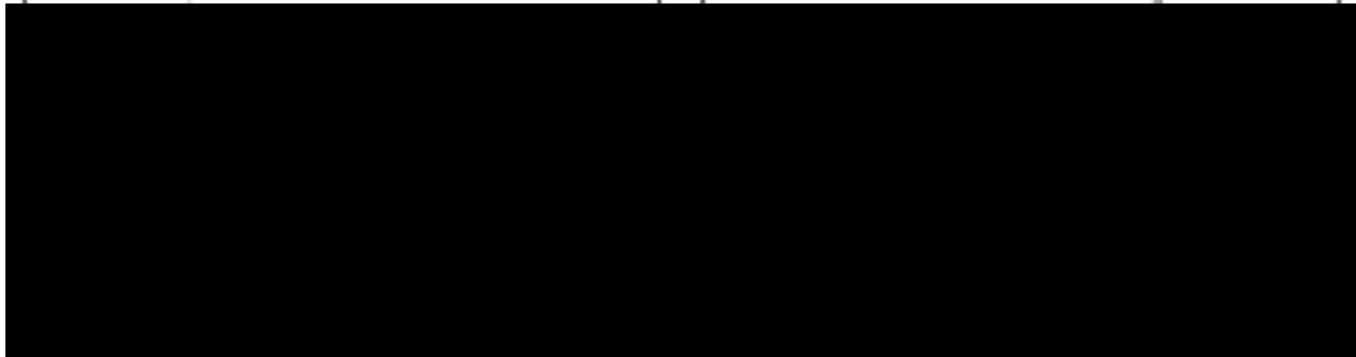
Plan de Apoyo SAD

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



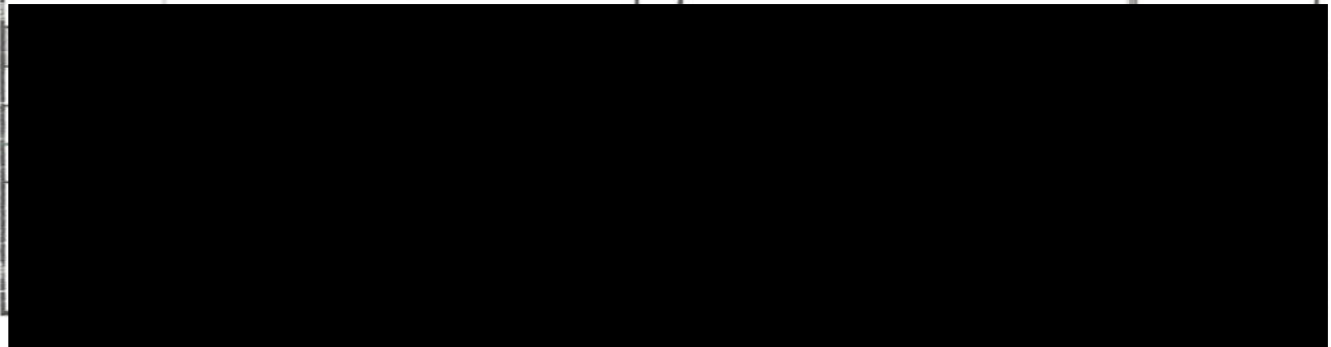
Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/11/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 29/11/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-27-28	



Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 1/12/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 31/11/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-27-28	



Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 20/12/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
11-15-16-22-27-28	

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

