

3946 ob. 76.
11A
d

MONICA DEL CARMEN RIVERA GAETE		BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA	
GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES ASISTENTE DE CUIDADOS		N° 44	
		Fecha: 31 de Julio de 2026	
Total Honorarios: \$:		650.000	
		99.125	
Total:		550.875	
Fecha / Hora Emisión: 22/07/2026 14:10			
113635050004449E32E2			
Verifique este documento en www.sii.cl			
El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.			

Fecha / Hora Impresión: 22/07/2026 14:10



DIDECO

Dirección de Desarrollo Comunitario

02

CERTIFICADO

NICOLAS KRUGER KRUGER DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, viene a certificar en conformidad los servicios prestados en esta dirección correspondientes al mes de julio del año 2026, el marco del programa Red Local de Apoyos y Cuidados (SNAC), al siguiente prestador:

[Redacted]

Se extiende el presente certificado para cursar el pago correspondiente al mes de julio del año 2026.

Además, se certifica que las actas de reuniones incluidas en este informe, son copia fiel del original.

La última semana de actividades se adjunta en el informe del próximo mes de agosto del año 2026.

[Redacted Signature]

UGER

DIRECTOR

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO



Informe de pago mensual

Funcionario: **Mónica del Carmen Rivera Gaete.**

Mes correspondiente: **JULIO 2026**

Cometidos solicitados según contrato:

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

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

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

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

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

A. Higiene personal y cuidado corporal

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



- Lubricación y cuidado de la piel.
- 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.



5

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 julio no se realizaron capacitaciones por parte del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

Con fechas junio 24,26 y de julio 1,3,8,10,15 y 22 del 2026 , participó en reuniones de equipo del Servicio de Atención Domiciliaria, organizadas por la coordinadora Hellen Fuentes 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 julio no participé en actividades organizadas por la DIDECO, manteniendo disposición para apoyar en futuras instancias que se desarrollen en coordinación con dicha dirección.



Calendario de JUNIO adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
22 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	23 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	24 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	25 Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45 Hector Latorre 13:15 a 17:00	26 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
29 FERIADO	30 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00			

Calendario JULIO . adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	2 Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45 Hector Latorre 13:15 a 17:00	3 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
6 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	7 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	8 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	9 Segundo Gonzalez 9:00 a 12:45 Hector Latorre 13:15 a 17:00	10 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00
13 Claudina Quinchavil 9:00 a 12:45 Mario Vásquez 13:15 a 17:00	14 Luis Velasquez 9:00 a 12:45 Segundo Gonzalez 13:15 a 17:00	15 Luis Malgarejo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 17:00	16 FERIADO	17 Marcos Catalan 9:00 a 12:45 Trabajo Administrativo 14:00 a 17:00
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		

24/06/26

14 Dec @ 12:00

Padre Hurtado

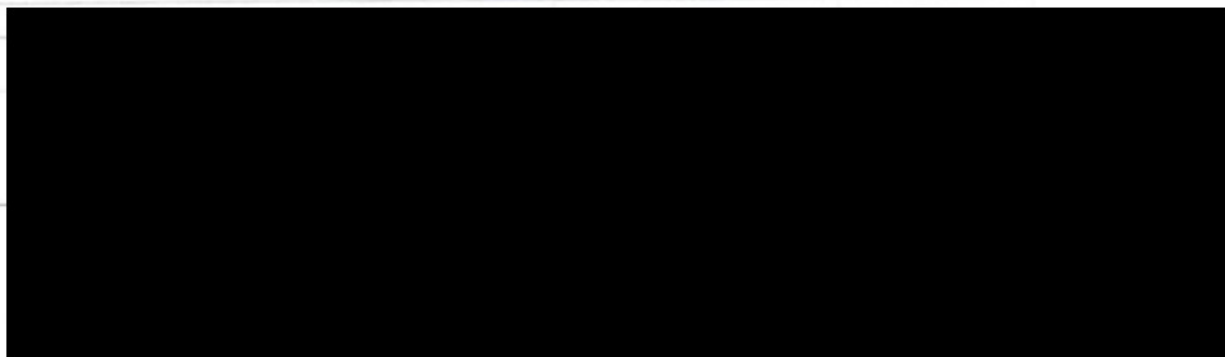
Campo Hill 900

[illegible]

Plata Co: mm incrementos

Desarrollo

Nº	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha 26/06/26 /
 Hora 14:00 e 17:00
 Comuna Padre Hurtado
 Lugar de realización Camino Melipilla 900
 Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Mónica Leño	A.C	leño.monica@gmail.com
Constanza Soto	A.C	sotoconstanza3@gmail.com
Patricia Martínez	A.C	martinez237@gmail.com
Maria José Lavino	A.C	lavino.maria94@gmail.com
Hélter Fuentes	Coordinador	HelterFuentes14@gmail.com
Mónica Rivera	A.C	Mona.Rivera.Casta26@gmail.com

N° Temas a tratar en reunión

1) Gestión de los Casos Nuevos.

Desarrollo

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
----	------------------------	-------------	--------

Hernán Le Quesne
 Encargado Programa
 Red Local de Apoyo y Cuidado
 Municipalidad de Padre Hurtado

Nombre y firma del responsable

97

FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha 01/07/26
Hora 14:00 a 15:00
Comuna Padre Hurtado
Lugar de realización Camino Melillilla 906



Red Local de Apoyos y Cuidados

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Hellen Fuentes	Coordinadora	Hellen.Fuentes.04@gmail.com
Constanza Soto	A.C	Constanza.300@gmail.com
Constanza Gonzalez	A.C	constanza.200@gmail.com
E.Hy Merchan	A.C	Hytine.Herlan@gmail.com
Monica Rivera	A.C	Monica.Rivera.Caele@gmail.com
Patricia Martinez	A.C	Marlene.2233@gmail.com
Alonso Iefano	A.C	Iefano.Alonso@gmail.com
Monia Jose Consino	A.C	Corbala.Monia94@gmail.com

N°	Temas a tratar en reunión

Desarrollo

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos

Hernán Le Quesn
Encargado Program
Norte y Gran Responsable
Municipalidad Padre Hu



Fecha 03/02/26
 Hora 14:00 @ 17:00
 Comuna Padre Hurtado
 Lugar de realización Camino Melipilla 908



Red Local
 de Apoyos
 y Cuidados

Participantes

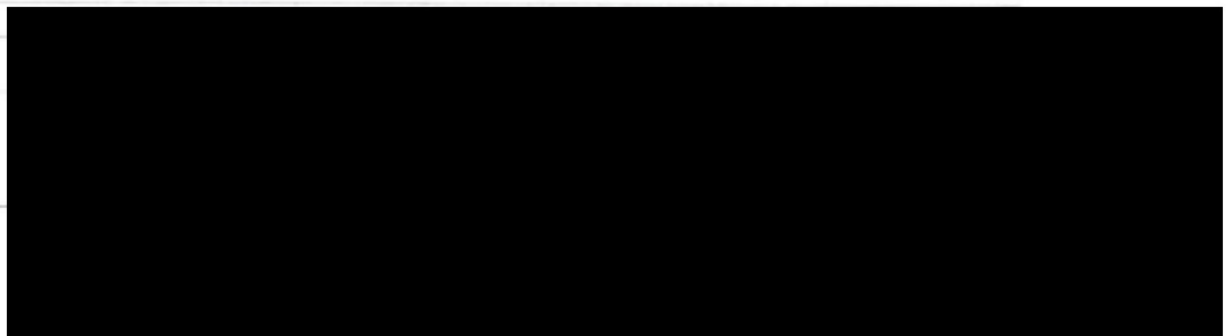
Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Alfonso Leño	A.C.	leño.alfonso@gmail.com
Constanza González	A.C.	constanza07@gmail.com
Mónica D. Vera	A.C.	monica.d.vera.paez24@gmail.com
Hellen Puentes	Koordinadora	HellenPuentes04@gmail.com
E. M. M. Maclean	A.C.	macleanec@gmail.com
Patricia Martínez	A.C.	Martinez2335@gmail.com
Maria Jose Caruso	A.C.	Caruso maria94@gmail.com
Constanza Soto	A.C.	Sotocanza308@gmail.com

N° Temas a tratar en reunión

① Gestión de Casos importante

Desarrollo

N° Acuerdos / compromisos Responsable Plazos



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 8/7/26
 Hora: 14:00 e 15:00
 Comuna: Padre Hurtado
 Lugar de realización: Camino Melipilla 900
 Participantes:

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Marta José Llanos	A.C.	lanosmarta94@gmail.com
Guillermo Soto	A.C.	guillermosoto200@gmail.com
Patricia Martínez	A.C.	martinez2131@gmail.com
Helena Hueter	Coordinador	hella.hueter@coral.cl
E.M.H. Merillan	A.C.	emh.merillan@gmail.com
Constanza González	A.C.	constanza24@gmail.com
Monica Rivera	A.C.	monica.rivera.garcia2@gmail.com
Alondra Leiva	A.C.	leiva.alondra@gmail.com

N°	Temas a tratar en reunión
1	Registro en Plataforma
2	Gestión en CASOS.

Desarrollo

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
----	------------------------	-------------	--------

Hernán Le Quesne

Encargado Programa
 Red Local de Apoyo y Cuidado
 Municipales Padre Hurtado

Nombre y firma del responsable

FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha 10/07/26
Hora 14:00 a 17:0
Comuna Padre Hurtado
Lugar de realización Camino Melipilla 906



Participantes

Nombre Apellido	Cargo, Institución o Programa	Correo electrónico
Maria Jose Carrizo	A.C	Carrizo Maria 94@gmail.com
Helena Fuentes	Coordinadora	Helena Fuentes 24@gmail.com
Alondra Lefno	A.C	Lefno Alondra@gmail.com
Patricia Martinez	AC	Martinez 237@gmail.com
Constanza Soto	A.C	Constanza 3@gmail.com
Monica Rivera	AC	Monica Rivera 24@gmail.com
Enny Marchan	A.C	Enny Marchan@gmail.com
Constanza Gonzalez	AC	Constanza 94@gmail.com

N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de casos
2	Entrega de insumos

Desarrollo

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos



Fecha

15/03/26

Hora

14:00 e 17:00

Comuna

Padre Hurtado

Lugar de realización

Camino Melilla 308

Participantes

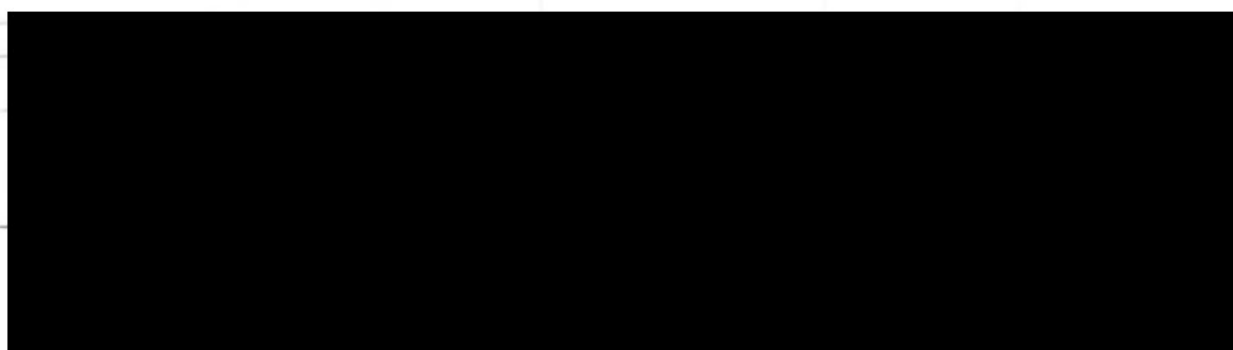
Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Maria Jose Cancino	AC	Cancino Maria J4@gmail.com
Alondra Lafra	AC	lafra alondra@gmail.com
Constanza Soto	AC	Constanza Soto@gmail.com
María la Roca	AC	maria la Roca Gueza@gmail.com
Hellen Fuente	Coordinadora	Hellen fuentes 94@gmail.com
Patricia Martinez	A.C. y Pedagogía	Martinez 2335@gmail.com
Constanza Guzmán	AC	Constanza 95@gmail.com
Yamir Merchán	AC	Yamir Merchán@gmail.com

N° Temas a tratar en reunión

① Gestión de Casos Nuevos

Desarrollo

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
----	------------------------	-------------	--------



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

Claudia Quintana

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 recreativas o de interés de la persona, que favorezcan la integración social.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestión

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 22/06/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
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: 23/06/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
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: 23/06/26	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
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: 23/06/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
2-4-7-10-11-15-16-19	
22-24-26-27-28	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

Marcel Estalón

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 o de interés de la persona, que favorezcan la vinculación comunitaria.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Luis Helgareta.
	[Redacted]
	[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 recreativas o de interés de la persona, que favorezcan el bienestar comunitario.
- 30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestión

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 24/06/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11-15-16-21-22-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 01/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11-15-16-21-22-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 08/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11-15-16-21-22-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 15/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11-15-16-21-22-27-28	

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 22/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11-15-16-21-22-27-28	
Observaciones	
Unario en buenas condiciones.	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	
Observaciones	

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Hector Latorre.

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 recreativas o de interés de la persona, que favorezcan la integración comunitaria.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestión



Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰ /	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 25/06/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11 - 15 - 16 - 22 - 24	

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 26/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11 - 15 - 16 - 22 - 24	

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 26/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
11 - 15 - 16 - 22 - 24	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/07/26	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

Jesús González

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 recreativas o de interés de la persona, que favorezcan la vida comunitaria y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones,

Fecha de sesión	23/06/26	Sesión	1
Realizado:	Si ☒ No ☐	PDSF	☐ CP ☐
Incidencias*	Si ☐ No ☒		
SAD Actividades			
1-4-10-11-12-14-15-16			

Fecha de sesión	25/06/26	Sesión	2
Realizado:	Si ☒ No ☐	PDSF	☐ CP ☐
Incidencias*	Si ☐ No ☒		
SAD Actividades			
1-4-10-11-12-14-15-16			

Horario:	13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión	3
Fecha de sesión:	30/06/26		
Realizado:	Si ☒ No ☐	PDSF	☐ CP ☐
Incidencias*	Si ☐ No ☒		
SAD Actividades			
1-4-10-11-12-14-15-16			

Horario:	9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión	4
Fecha de sesión:	02/07/26		
Realizado:	Si ☒ No ☐	PDSF	☐ CP ☐
Incidencias*	Si ☐ No ☒		
SAD Actividades			
1-4-10-11-12-14-15-16			

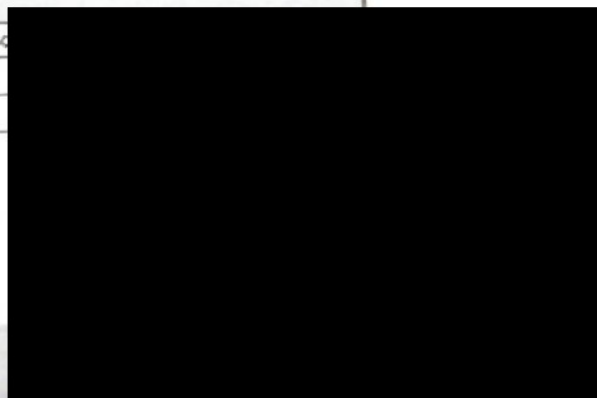
Horario:	13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión	5
Fecha de sesión:	07/07/26		
Realizado:	Si ☒ No ☐	PDSF	☐ CP ☐
Incidencias*	Si ☐ No ☒		
SAD Actividades			
1-4-10-11-12-14-15-16			
17-19-20-22-27-28			
Observaciones			
Cambio en buenas indicaciones generales			
Firma Profesional		Firma Usuario	

Horario:	9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión	6
Fecha de sesión:	07/07/26		
Realizado:	Si ☒ No ☐	PDSF	☐ CP ☐
Incidencias*	Si ☐ No ☒		
SAD Actividades			
1-4-10-11-12-14-15-16			
17-19-20-22-27-28			
Observaciones			
Cambio a			
Qui no			
Firma Profesional		Firma Usuario	









Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión 7
Fecha de sesión: 14/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
1-4-10-11-12-14-15-16	
17-18-20-22-23-24-25	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/07/26	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión 8
Fecha de sesión: 21/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	Luis Valdivia
[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 comunitaria.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, u

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 1	Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 23/06/26		Fecha de sesión: 24/06/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐	Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐

[Redacted]

11-15-16-17-18-21-22-24-25-27-28

11-15-16-17-18-21-22-24-25-27-28

Observaciones	
Quarrio en buenas condiciones	
Firma Profesional	Firma

[Redacted]

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 3	Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 07/07/26		Fecha de sesión: 14/07/26	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐	Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒		Incidencias* Si ☐ No ☒	

SAD Actividades

11-15-16-17-18-21-22-24-25-27-28

11-15-16-17-18-21-22-24-25-27-28

Observaciones	
Quarrio realice actividades	
Firma Profesional	Firma

[Redacted]

Horario: 9 ⁰⁰ - 12 ⁴⁵	N° de Sesión 5	Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/07/26		Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐	Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒		Incidencias* Si ☐ No ☐	

SAD Actividades

11-15-16-17-18-21-22-24-25-27-28

Observaciones	
Quarrio en buenas condiciones	
Firma Profesional	Firma

[Redacted]

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	<i>María L. G. ...</i>

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 ocio o de interés de la persona, que favorezca la integración comunitaria y barrial.
 - 30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestión de recursos, etc.
-

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/01/26	1
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17	
22.	

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/07/26	2
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17	
22.	

[Signature] *Marcia V.*

[Signature] *Marcia V.*

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/07/26	3
Realizado: Si ☒ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17	
22.	

Horario: 13 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/07/26	4
Realizado: Si ☒ No ☐	
Incidencias* Si ☐ No ☒	
SAD Actividades	
2-4-5-6-11-15-16-17	
22.	

[Signature] *Marcia V.*

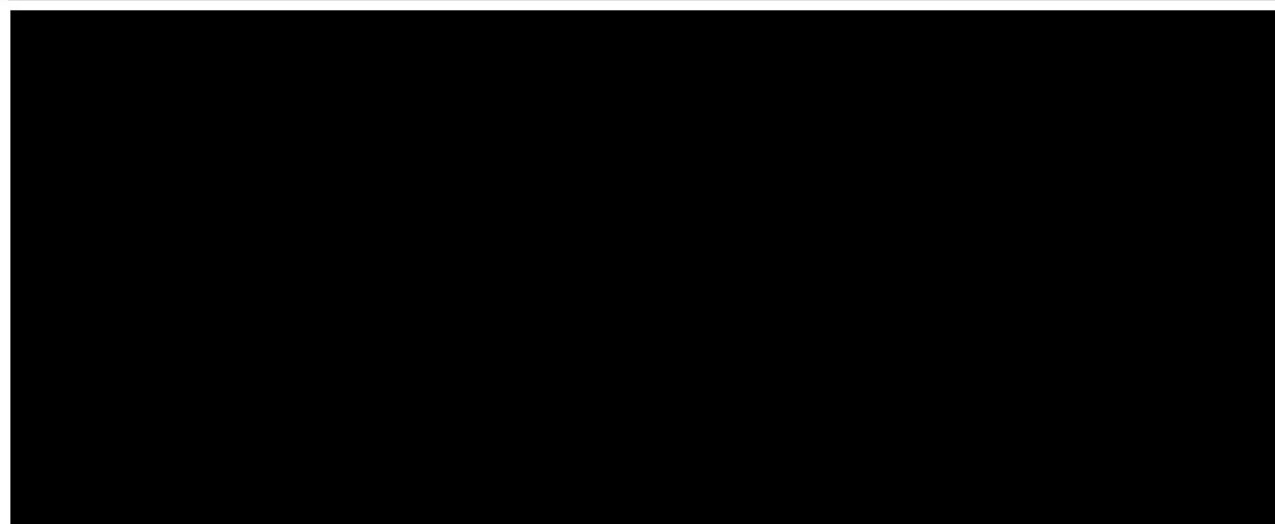
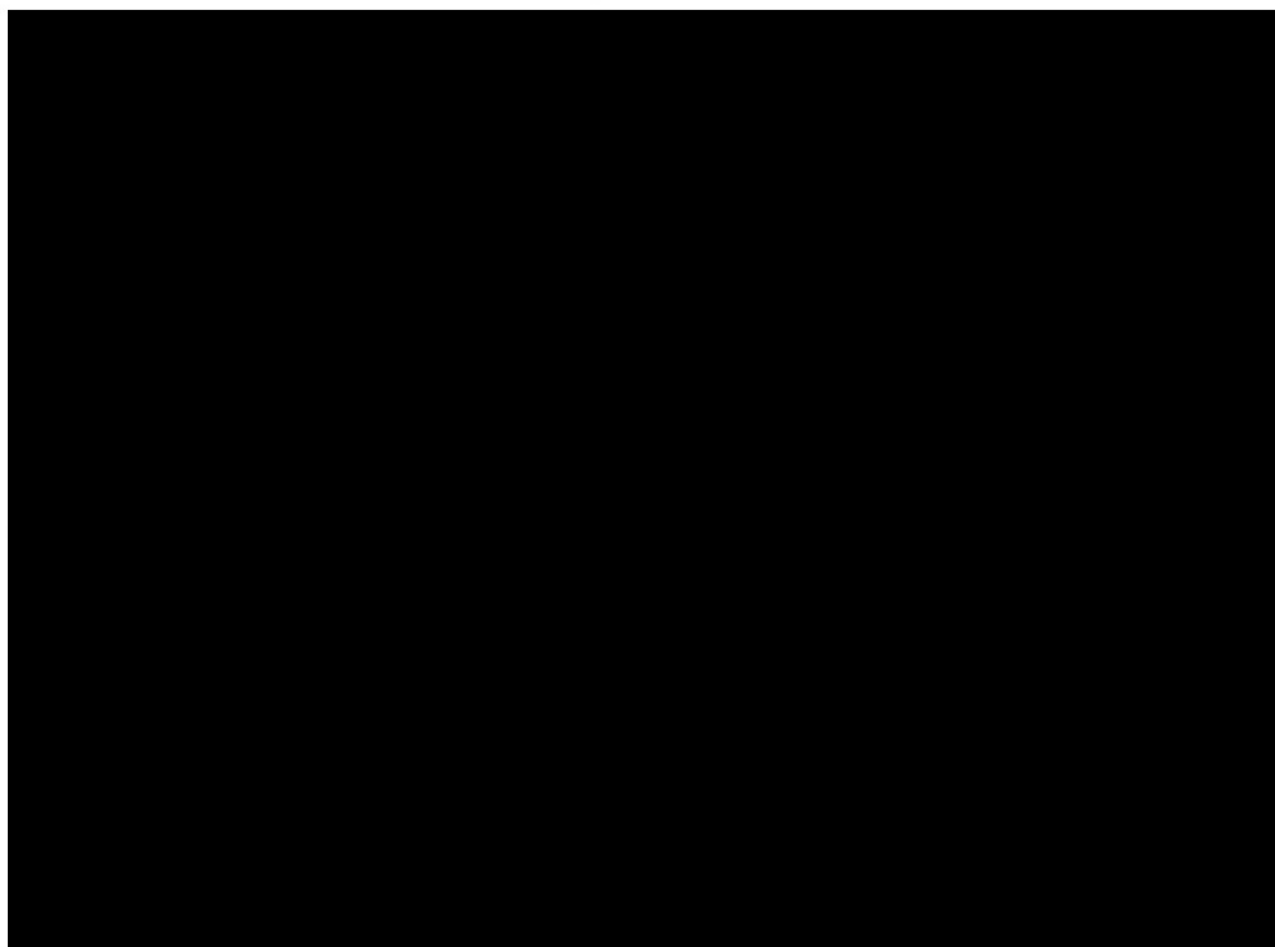
[Signature] *Marcia V.*

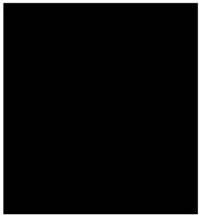
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma Usuario

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si ☐ No ☐	PDSF ☐ CP ☐
Incidencias* Si ☐ No ☐	
SAD Actividades	



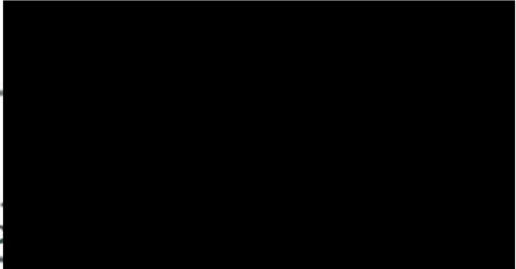
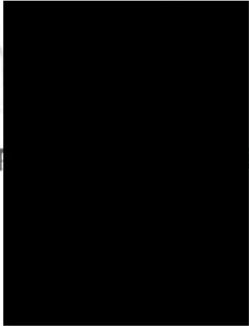
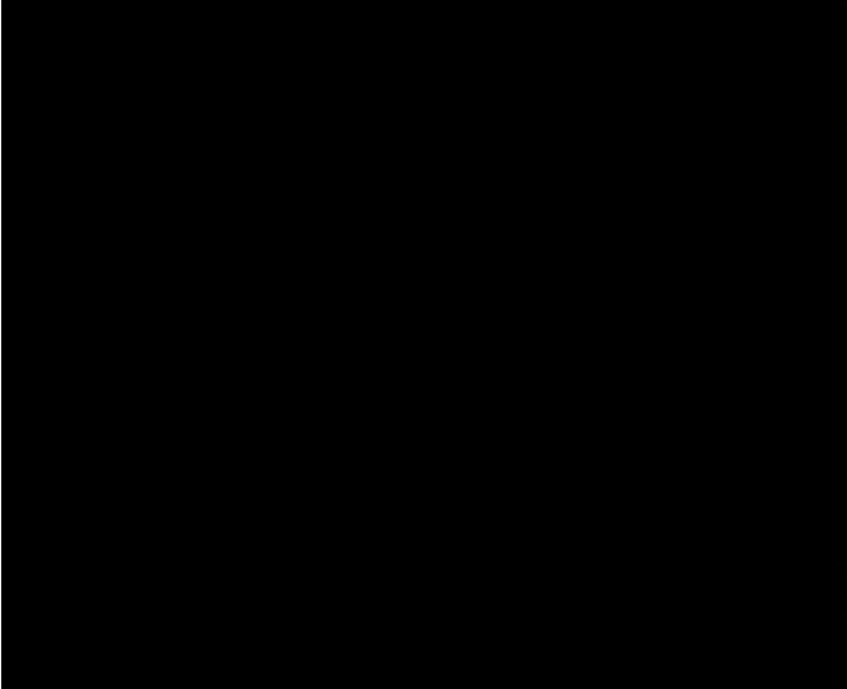
unitario





7 5 ENE. 2025

ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE Y HECHO ARCHIVESE.



ITEM Nº
SALDO D

IRIDICA



[REDACTED]

nitario

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

es: [REDACTED] comunitario

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

APellidos

NOMBRES

NACIONALIDAD

F

FECHA DE NACIMIENTO

NUMERO DOCUMENTO

518.508.132

FECHA DE EMISION

FECHA DE VENCIMIENTO

24 JUL 2029

FIRMA DEL TITULAR

Nació en: **BUIN**
Profesión: **No informada**

[illegible]

INCHL5195081328S03<<<<<<<<<<<
6907248F290724OCHL11363505<3<4
RIVERA<GAETE<<MONICA<DEL<CARME