

06.2018  
3966

|                                                                                              |  |                                                                          |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>CONSTANZA VALENTINA GONZALEZ ARIAS</b> ✓                                                  |  | <b>BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA</b><br>N° 406 ✓                      |                                     |
| <div style="background-color: black; height: 40px; width: 100%;"></div>                      |  |                                                                          |                                     |
|                                                                                              |  |                                                                          | <b>Fecha:</b> 31 de Julio de 2026 ✓ |
| <div style="background-color: black; height: 60px; width: 100%;"></div>                      |  |                                                                          |                                     |
|                                                                                              |  | <b>Total Honorarios: \$:</b>                                             | 650.000                             |
|                                                                                              |  | <div style="background-color: black; width: 150px; height: 15px;"></div> | 99.125                              |
|                                                                                              |  | <b>Total</b>                                                             | 550.875                             |
| <div style="background-color: black; width: 150px; height: 100px; margin-left: auto;"></div> |  |                                                                          |                                     |
| <b>Fecha / Hora Emisión:</b> 22/07/2026 13:36                                                |  |                                                                          |                                     |
|            |  |                                                                          |                                     |
| <div style="background-color: black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div> |  |                                                                          |                                     |
| <b>Verifique este documento en <a href="http://www.sii.cl">www.sii.cl</a></b>                |  |                                                                          |                                     |
| <small>El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.</small> |  |                                                                          |                                     |
|                                                                                              |  |                                                                          | 11202607221336                      |

**Fecha / Hora Impresión:** 22/07/2026 13:36



**DIDECO**

Dirección de Desarrollo Comunitario

## **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 (PRLAC) al siguiente prestador:

NOMBRE: Constanza Valentina Gonzalez Arias

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

**DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO**



## Informe de pago mensual

**Funcionario: Constanza Gonzalez Arias**

**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.



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 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.

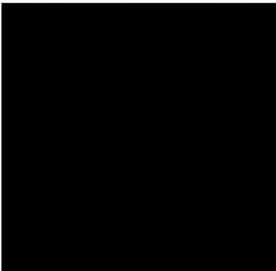
**4. Colaborar en actividades organizadas por DIDECO.**

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 JULIO , adjuntó hojas de asistencia.

| Lunes                                                                         | Martes                                                                     | Miércoles                                                                           | Jueves                                                                          | Viernes                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                               |                                                                            | 1<br>Ulises Bernalles ✓<br>9:00 a 12:45<br><br>Reunión de equipo ✓<br>14:00 a 17:00 | 2<br>Floriderma Silva ✓<br>9:00 a 12:45<br><br>Rosa Espinoza ✓<br>13:15 a 17:00 | 3<br>Eloisa Perez ✓<br>9:00 a 12:45<br><br>Reunión de equipo ✓<br>14:00 a 17:00 |
| 6<br>Guillermo Astorga ✓<br>9:00 a 12:45<br>Johanna Lopez ✓<br>13:15 a 17:00  | 7<br>Domingo Retamal ✓<br>9:00 a 12:45<br>Jose Cordoza ✓<br>13:15 a 17:00  | 8<br>Ulises Bernalles ✓<br>9:00 a 12:45<br>Reunión de equipo ✓<br>14:00 a 17:00     | 9<br>Floriderma Silva ✓<br>9:00 a 12:45<br>Rosa Espinoza ✓<br>13:15 a 17:00     | 10<br>Eloisa Perez ✓<br>9:00 a 12:45<br>Reunión de equipo ✓<br>14:00 a 17:00    |
| 13<br>Guillermo Astorga ✓<br>9:00 a 12:45<br>Johanna Lopez ✓<br>13:15 a 17:00 | 14<br>Domingo Retamal ✓<br>9:00 a 12:45<br>Jose Cordoza ✓<br>13:15 a 17:00 | 15<br>Ulises Bernalles ✓<br>9:00 a 12:45<br>Reunión de equipo ✓<br>14:00 a 17:00    | 16<br>FERIADO ✓                                                                 | 17<br>Eloisa Perez ✓<br>9:00 a 12:45<br>Trabajo administrativo<br>14:00 a 17:00 |
| 20<br>Guillermo Astorga ✓<br>9:00 a 12:45<br>Johanna Lopez ✓<br>13:15 a 17:00 | 21<br>Domingo Retamal ✓<br>9:00 a 12:45<br>Jose Cordoza ✓<br>13:15 a 17:00 | 22<br>Ulises Bernalles ✓<br>9:00 a 12:45<br>Reunión de equipo ✓<br>14:00 a 17:00    |                                                                                 |                                                                                 |



Arias



Fecha

01/07/26 ✓

Hora

14:00 a 15:00

Comuna

Padre Hurtado

Lugar de realización

Camino Melipilla 908

Ministerio de  
Desarrollo  
Social y  
Familia

Santiago de Chile

PROGRAMA

Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Participantes

| Nombre Apellido    | Cargo, institución o Programa | Correo electrónico           |
|--------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Hellen Fuentes     | Corporación                   | Hellen.Fuentes.04@gmail.com  |
| Constanza Soto     | A.C                           | Constanza.368@gmail.com      |
| Constanza Gonzalez | A.C                           | constanza.09@gmail.com ✓     |
| Elly Merchan       | A.C                           | EllyMerchan@gmail.com        |
| Mónica Rivea       | A.C                           | Mónica.Rivea.Colet@gmail.com |
| Patricia Martínez  | A.C                           | Martinez.2233@gmail.com      |
| Alonso Iefno       | A.C                           | Iefno.Alonso@gmail.com       |
| Maria Jose Corsino | A.C                           | Corsino.Maria94@gmail.com    |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |
|                    |                               |                              |

N°

Temas a tratar en reunión

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Desarrollo

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

Hernán Le Quesne

Encargado Programa

Nombre y firma del responsable





| Nº | Acuerdos / compromisos | Responsable | Plazos |
|----|------------------------|-------------|--------|
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |

Fecha

15/02/26 ✓

Hora

14:00 e 12.00

Comuna

Padre Hurtado

Lugar de realización

Camino Melipilla 908



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Participantes

| Nombre Apellido    | Cargo, institución o Programa | Correo electrónico               |
|--------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| MARIA JOSE ANCINO  | A.C.                          | ANCINO MARIA 94@gmail.com        |
| ALONDRA LEFEO      | A.C.                          | LEFEO ALONDRA @gmail.com         |
| CONSTANZA SOTO     | A.C.                          | SConstanza 308@gmail.com         |
| MONICA RIVERA      | A.C.                          | monica.rivera.guete.24@gmail.com |
| Hellen Fuentes     | Coordinadora                  | Hellen.fuentes.04@gmail.com      |
| PATRICIA MARTINEZ  | A.C. y Pedagogía              | Martinez 2335@gmail.com          |
| CONSTANZA GONZALEZ | A.C.                          | Constanza 99@gmail.com ✓         |
| EMMY MERCHAN       | A.C.                          | YAMY.MERCHAN.C@gmail.com         |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |
|                    |                               |                                  |

N° Temas a tratar en reunión

(1) Gestión de Casos Nuevos

Desarrollo

N°

Acuerdos / compromisos

Responsable

Plazos

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

[illegible][illegible]

| Nº | Acuerdos / compromisos | Responsable | Plazos |
|----|------------------------|-------------|--------|
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

Guillermo Astorco

### 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 trámites

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión 1                                                       |
| Fecha de sesión: 6/7/26                                                         |                                                                      |
| 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                                                                               | 10                                                                   |
| 2                                                                               | 15                                                                   |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                | N° de Sesión 2                                            |
| Fecha de sesión: 13/7/26                                             |                                                           |
| 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"/> |                                                           |
| <b>SAD Actividades</b>                                               |                                                           |
| 1                                                                    | 10                                                        |
| 2                                                                    | 15                                                        |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión 3                                                       |
| Fecha de sesión: 20/7/26                                                        |                                                                      |
| 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                                                                               | 10                                                                   |
| 2                                                                               | 15                                                                   |

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

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Horario:                                                             | N° de Sesión                                              |
| Fecha de sesión: / /                                                 |                                                           |
| Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> |
| Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                                           |
| <b>SAD Actividades</b>                                               |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
| <b>Observaciones</b>                                                 |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
| 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 | Bosa ESPINOZA ✓ |
| RUT    | 3.156.105-1     |
| ID     | 18401           |

### 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 tr



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| NOMBRE                                                                  | Jose Cardozo ✓ |
| <div style="background-color: black; height: 40px; width: 100%;"></div> |                |

### 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 sea de beneficio para la comunidad barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 13:15 a 17:00                                                          | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 7/7/26 ✓                                                       |                                                                      |
| 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>                                                          |                                                                      |
| 2 10                                                                            |                                                                      |
| 7 15                                                                            |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 13:15 a 17:00                                                          | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 7/7/26 ✓                                                       |                                                                      |
| 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>                                                          |                                                                      |
| 2 10                                                                            |                                                                      |
| 7 15                                                                            |                                                                      |



|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 13:15 a 17:00                                                          | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 7/7/26                                                         |                                                                      |
| 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>                                                          |                                                                      |
| 2 10                                                                            |                                                                      |
| 7 15                                                                            |                                                                      |

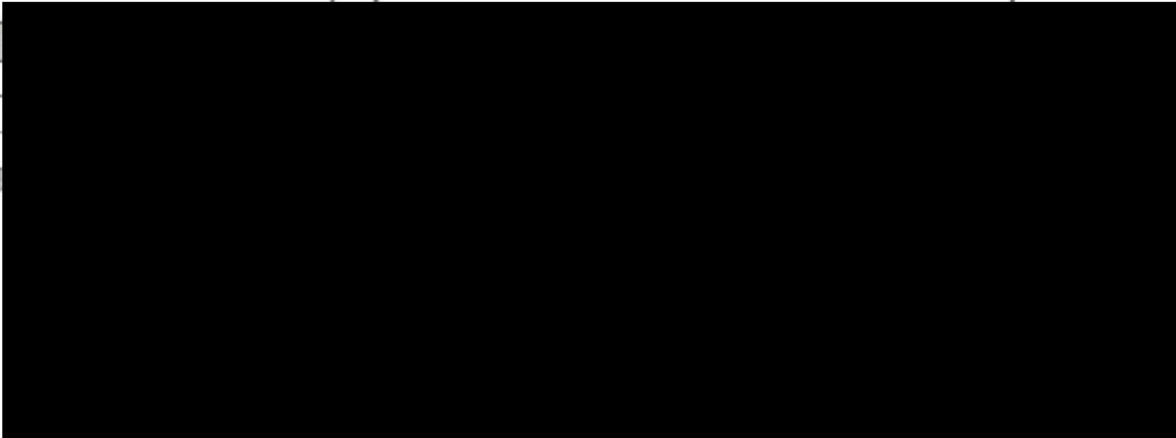
|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Horario:                                                             | 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>                                               |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |



|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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>                                               |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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>     |
|                          |
|                          |
|                          |
| <b>Firma Profesional</b> |



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

|            |                     |
|------------|---------------------|
| NOMBRE     | Dominos Brachales ✓ |
| [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 vinculación social, familiar y barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en el uso de los servicios sociales

|                                                                                 |                                                                      |                |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|
| Horario: 9:00 e 12:45                                                           |                                                                      | N° de Sesión 1 |
| Fecha de sesión: 7/7/26                                                         |                                                                      |                |
| 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                                                                               | 14                                                                   |                |
| 2                                                                               | 15                                                                   |                |

|                                                                                 |                                                                      |                |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|
| Horario: 9:00 e 12:45                                                           |                                                                      | N° de Sesión 2 |
| Fecha de sesión: 7/7/26                                                         |                                                                      |                |
| 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                                                                               | 14                                                                   |                |
| 2                                                                               | 15                                                                   |                |

|                                                                                 |                                                                      |                |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|
| Horario: 9:00 e 12:45                                                           |                                                                      | N° de Sesión 3 |
| Fecha de sesión: 21/7/26                                                        |                                                                      |                |
| 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                                                                               | 14                                                                   |                |
| 2                                                                               | 15                                                                   |                |

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

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

|                                                                      |                                                           |              |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|
| 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

Ulises Becerra /

### 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 t

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 8:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 1/7/26                                                         |                                                                      |
| 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"/> |                                                                      |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |
| 2 7                                                                             |                                                                      |
| 3 10                                                                            |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 8:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 8/7/26                                                         |                                                                      |
| 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"/> |                                                                      |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |
| 2 7                                                                             |                                                                      |
| 3 10                                                                            |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 8:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 15/7/26                                                        |                                                                      |
| 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"/> |                                                                      |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |
| 2 7                                                                             |                                                                      |
| 3 10                                                                            |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 8:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 22/7/26                                                        |                                                                      |
| 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"/> |                                                                      |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |
| 2 7                                                                             |                                                                      |
| 3 10                                                                            |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |
| [Redacted]                                                                      |                                                                      |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
| Observaciones                                                        |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
| 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                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
| Observaciones                                                        |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
| Firma                                                                |                                                           |

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE

Floriderma Silva ✓

### 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

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 2/7/26                                                         |                                                                      |
| 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 5 13                                                                          |                                                                      |
| 2 4                                                                             |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 9/7/26                                                         |                                                                      |
| 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 7                                                                             |                                                                      |
| 2 10                                                                            |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 1/7/26                                                         |                                                                      |
| 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>                                                          |                                                                      |
| Feriado                                                                         |                                                                      |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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>                                               |                                                           |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                | 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                                                    |                                                           |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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

Eloisa Perez ✓

### 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 y comunitaria.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios y de salud.

|                                                                                 |                                                                      |               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           |                                                                      | N° de Sesión  |  |
| Fecha de sesión: 5/7/26                                                         |                                                                      |               |  |
| 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"/> |                                                                      |               |  |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |               |  |
| 4                                                                               | 10                                                                   | 16            |  |
| 5                                                                               | 11                                                                   |               |  |
| 7                                                                               | 14                                                                   |               |  |
| Observaciones                                                                   |                                                                      |               |  |
| Usaria congestionado                                                            |                                                                      |               |  |
| Firma Profesional                                                               |                                                                      | Firma Usuario |  |
|                                                                                 |                                                                      |               |  |

|                                                                                 |                                                                      |               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           |                                                                      | N° de Sesión  |  |
| Fecha de sesión: 01/7/26                                                        |                                                                      |               |  |
| 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"/> |                                                                      |               |  |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |               |  |
| 4                                                                               | 10                                                                   | 16            |  |
| 5                                                                               | 11                                                                   |               |  |
| Observaciones                                                                   |                                                                      |               |  |
|                                                                                 |                                                                      |               |  |
| Firma Profesional                                                               |                                                                      | Firma Usuario |  |
|                                                                                 |                                                                      |               |  |

|                                                                                 |                                                                      |               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| Horario: 9:00 a 12:45                                                           |                                                                      | N° de Sesión  |  |
| Fecha de sesión: 17/7/26                                                        |                                                                      |               |  |
| 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"/> |                                                                      |               |  |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |               |  |
| 4                                                                               | 10                                                                   | 16            |  |
| 5                                                                               | 11                                                                   |               |  |
| Observaciones                                                                   |                                                                      |               |  |
|                                                                                 |                                                                      |               |  |
| 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 checked="" type="checkbox"/> |                                                           |               |  |
| SAD Actividades                                                                 |                                                           |               |  |
|                                                                                 |                                                           |               |  |
| Observaciones                                                                   |                                                           |               |  |
|                                                                                 |                                                           |               |  |
| 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                                                      |                                                           |               |  |
|                                                                      |                                                           |               |  |
| Observaciones                                                        |                                                           |               |  |
|                                                                      |                                                           |               |  |
| 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                                                      |                                                           |               |  |
|                                                                      |                                                           |               |  |
| Observaciones                                                        |                                                           |               |  |
|                                                                      |                                                           |               |  |
| Firma Profesional                                                    |                                                           | Firma Usuario |  |
|                                                                      |                                                           |               |  |

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

|  |                 |
|--|-----------------|
|  | YOLANDA LOPEZ ✓ |
|  | 9.473.303-0     |
|  | 59500           |

### 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 barrial.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de servicios y de salud.

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 13:15 a 17:00                                                          | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 6/7/26                                                         |                                                                      |
| 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"/> |                                                                      |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |
| 1 7                                                                             |                                                                      |
| 2 11                                                                            |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 13:15 a 17:00                                                          | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 15/7/26                                                        |                                                                      |
| 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"/> |                                                                      |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |
| 1 7                                                                             |                                                                      |
| 2 11                                                                            |                                                                      |

|                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Horario: 13:15 a 17:00                                                          | N° de Sesión                                                         |
| Fecha de sesión: 20/7/26                                                        |                                                                      |
| 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"/> |                                                                      |
| SAD Actividades                                                                 |                                                                      |
| 1 7                                                                             |                                                                      |
| 2 11                                                                            |                                                                      |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |

|                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |
|                                                                      |                                                           |



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACION Y FINANZAS  
Departamento de Recursos Humanos

DECRETO ALCALDICIO N°

2171 01-07-2026

**LA ALCALDÍA DE PADRE HURTADO DECRETÓ HOY LO SIGUIENTE:**

**VISTOS Y CONSIDERANDO:**

1. Las necesidades del servicio de la Municipalidad de Padre Hurtado, en particular, la necesidad de contratar personal en base a honorarios para cumplir con cometidos a través de Programas Sociales para el año 2026.
2. El Decreto Alcaldicio N°1018 de fecha 04/06/2026 que aprueba e incorpora al Decreto Alcaldicio N°21 de fecha 05 de enero de 2026 el Programa Red Local de Apoyo y Cuidado (PRLAC) 2026 a los Programas Sociales de la Dirección de Desarrollo Comunitario.
3. El Memorándum N°622 de fecha 01 de junio de 2026 de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que solicita V°B° a la Máxima Autoridad para la contratación allí indicada y donde consta el V°B° del Alcalde.
4. El Certificado de Antecedentes y la Declaración Jurada de doña **Constanza González Arias**, adjuntos; de acuerdo a dispuesto en el dictamen N° 024308 del 24 de mayo de 2006 de la Contraloría General de la República.

[REDACTED]  
nominación perteneciente a Constanza González Arias.

6. El Certificado de disponibilidad presupuestaria de la Dirección de Administración y Finanzas.

[REDACTED]  
servicios.

8. El Decreto Alcaldicio N° 318 de fecha 23/01/2026, que delega funciones Alcaldicias al Administrador Municipal y al Asesor Jurídico.
9. Lo prescrito en el artículo 4 de la ley 18.883 "Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales".
10. Las facultades que me confiere la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones vigentes.

**DECRETO:**

- 1.- **AUTORIZASE**, la contratación a honorarios a través de Programas Sociales de la prestadora Srta. **Constanza**

- Apoyar en la atención de usuarios dependientes severos que pertenecen al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, entregando un informe mensual con los registros de asistencia de cada domicilio.
- Mantener actualizada la información de atenciones en plataforma PRLAC.
- Colaborar en actividades organizadas por la DIDECO.

[REDACTED]  
serán pagados dentro de los primeros 5 días hábiles del mes siguiente de la prestación de servicios, todas de acuerdo a los estados de avance de que presente el cometido encomendado al último día hábil del mes y previa entrega de informe y certificación de la Dirección de Desarrollo Comunitario, con la presentación de la respectiva boleta electrónica de prestación de servicios del Servicio de Impuestos Internos.

- 3.-**ESTABLÉZCASE**, que de conformidad a lo dispuesto en la ley 21.133, es obligación y de exclusiva responsabilidad del prestador de servicios a honorarios, el pago de sus cotizaciones previsionales en la forma que señala dicha ley.



4.- **DÉJESE CONSTANCIA**, que el cometido antes señalado se desarrollará durante el transcurso del presente año, estableciéndose que la vigencia del mismo, será desde **01 de junio al 31 de diciembre de 2026**, reservándose la Municipalidad, el derecho de darle término anticipado y en cualquier momento de forma unilateral, sin expresión de causa y/o en el caso de que la o el prestador no diere cumplimiento satisfactoriamente al cometido.

Asimismo, se deja constancia que las partes convienen expresamente que la prestación de servicios contratada por el presente acto administrativo, no está sujeta a cumplimiento de horarios fijados por la municipalidad, ni existe subordinación ni dependencia de la municipalidad, sin perjuicio de la coordinación propia que debe imperar para la correcta ejecución del cometido, y en especial no otorga la calidad de funcionario municipal. A mayor abundamiento, se deja constancia que, la Municipalidad de Padre Hurtado, solo con la finalidad de tener una comunicación formal con el prestador de servicio, proveerá de una casilla electrónica institucional.

5.- **DÉJESE CONSTANCIA**, que el contrato fue redactado por la Dirección de Asesoría Jurídica, por razones de buen servicio.



7.- **ESTABLÉZCASE**, que el prestador de servicio deberá presentar un informe final del cometido, el último día hábil del mes de término de los servicios.

8.- **IMPÚTESE**, los gastos erogados por el presente acto a la cuenta N° 215.21.04.004.004.040 "PRLAC", del presupuesto municipal vigente.



Municipalidad de Padre Hurtado



Municipalidad de Padre Hurtado

LDRCE EFGM(S) IARC



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/6GMF18-642>



0

DIRECCIÓN JURÍDICA

**Contrato de Prestación de Servicios en Base de Honorarios**\*\*\*\*\*  
**CONSTANZA GONZALEZ ARIAS**  
\*\*\*\*\*Hurtado N° 3295, de aquí en adelante simplemente "La Municipalidad" y doña **CONSTANZA**

contrato de prestación de servicios a honorarios:

**PRIMERO:** La Municipalidad está facultada por el artículo 4° de la Ley 18.883, para contratar, sobre la base de honorarios, a profesionales para realizar labores accidentales.

**SEGUNDO:** Por el presente acto La Municipalidad contrata los servicios de doña **CONSTANZA GONZALEZ ARIAS**, para efectuar el siguiente cometido:

- Apoyar en la atención de usuarios dependientes severos que pertenecen al programa Red local de Apoyos y Cuidados, entregando un informe mensual con los registros de asistencia de cada domicilio.
- Mantener actualizada la información de sus atenciones en plataforma PRLAC.
- Colaborar en actividades organizadas por la DIDECO.

**TERCERO:** El honorario que percibirá el prestador se desglosa de la siguiente manera:

- [Redacted] impuesto incluido, desde el **01 de junio al 31 de diciembre de 2026**, que serán pagados dentro de los primeros 5 días hábiles del mes siguiente.

Montos que serán pagados de acuerdo a los estados de avance que presente el prestador al último día hábil del mes y previa entrega del informe y certificación de la Dirección de Desarrollo Comunitario con la presentación de boleta de prestación de servicios debidamente timbrada por el Servicio de Impuestos Internos.

**CUARTO:** El presente contrato a honorarios regirá desde el **01 de junio al 31 de diciembre de 2026**, reservándose La Municipalidad el derecho de poner término anticipado y en cualquier momento de forma unilateral, sin expresión de causa, y/o en el caso de que el prestador no diere cumplimiento satisfactoriamente al cometido.

Asimismo, se establece que las partes convienen expresamente que la prestación de servicios contratada en el presente acto administrativo no está sujeta a cumplimiento de horarios fijados por la Municipalidad, ni bajo subordinación, ni dependencia de la misma, sin perjuicio de la coordinación que debe imperar para la correcta ejecución del cometido, y en especial no otorga la calidad de Funcionario Municipal.

**QUINTO:** Se establece la obligación de la "Prestadora" que las funcione y cometidos señalados en el presente contrato, debe ejercerlas y ejecutarlas en conformidad y con estricto apego al principio de probidad. La inobservancia de este principio acarreará las responsabilidades y sanciones que determinen la Constitución y las leyes.

JCRK



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/HLHG93-882>



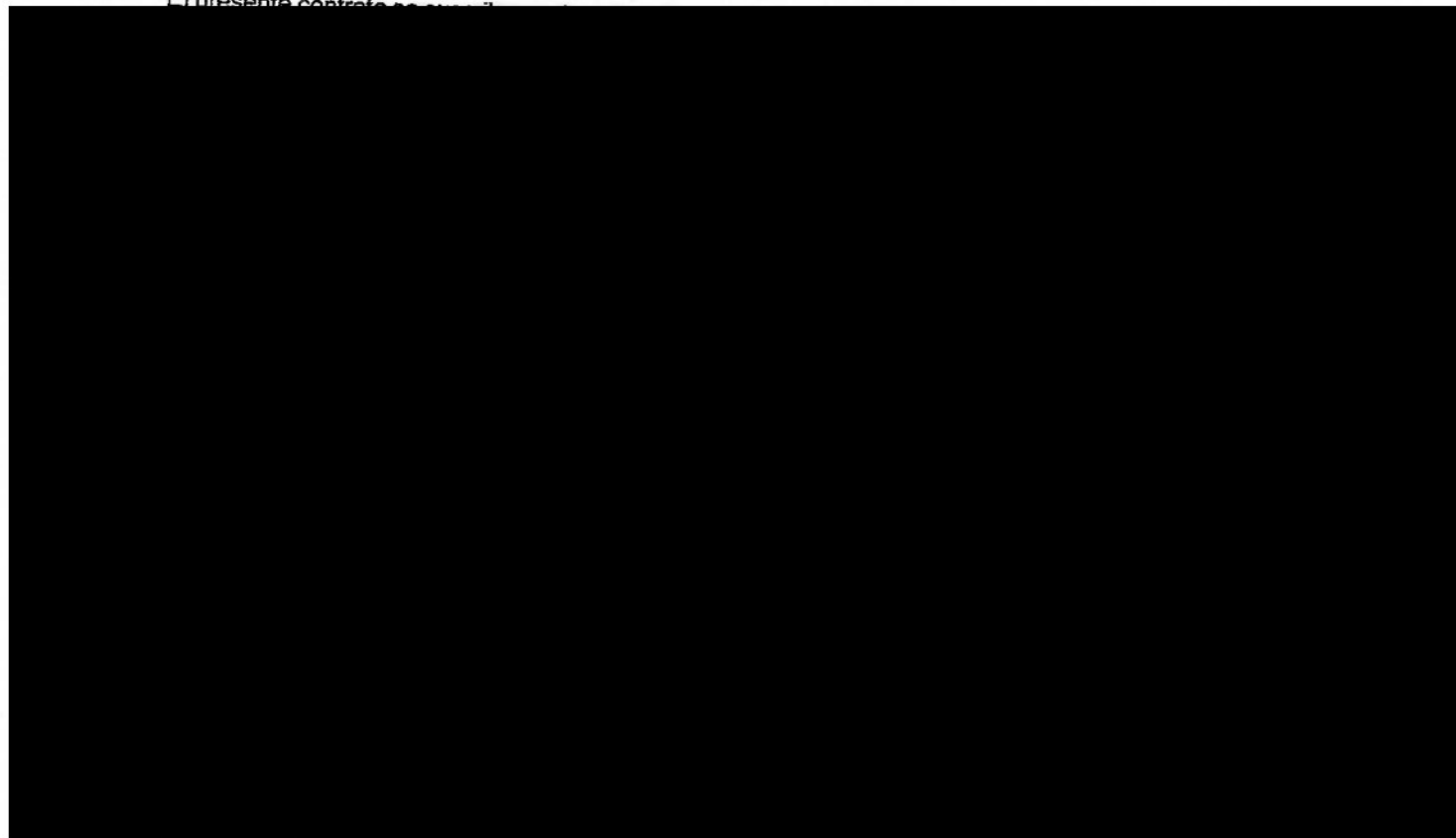
**DIRECCIÓN JURÍDICA**

**SEXTO:** Se establece que de conformidad a lo dispuesto en la Ley 21.133, es obligación y de exclusiva responsabilidad del prestador, el pago de sus cotizaciones previsionales en la forma que señala dicha ley.

**SÉPTIMO:** Se deja constancia que la prestadora no mantiene deuda de Alimentos, en atención a lo consultado en el Registro Nacional de Deudores de Pensiones de Alimentos, según lo establecido en los artículos 20 y siguientes de la Ley 14.908 sobre el pago de las pensiones de alimentos.

La personería de don Jorge Cristian Roa Kruger, para representar a la municipalidad de Padre Hurtado consta en el decreto Alcaldicio N°318 de fecha 23 de enero de 2026, mediante el cual se delega la facultad de firmar por orden del Sr. Alcalde, en el Director Jurídico.

El presente contrato es suscrito por:



JCRK



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/HLHG93-882>

