



**INFORME DE PAGO MENSUAL**

**Funcionario: Alison Pamela Arguello Villacis**

**Rut:** [REDACTED]

**Cargo: Psicología**

**Mes Correspondiente: Marzo 2026**

De acuerdo con la gestión encargada mediante contrato de honorarios suscrito con la Municipalidad de Padre Hurtado - Dirección de DIDECO se ha encomendado los siguientes cometidos para el año 2026:

**DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:**

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de Psicología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.
- Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.
- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.

**Actividades de acuerdo a los cometidos:**

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de psicología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

Se realizó atención de Psicología y plan de intervención asociado al programa usuarios de los cuales:

**Calendario de actividades mes Febrero**

<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
<b>23</b> Visita Domiciliaria: Silvia Fuentes Isabel Quiroz María Molina Rubi Castillo Carmen Godoy Karen Valencia Zaida Reyes	<b>24</b> Validación en Terreno: Zulema Valdenegro  Gestión de casos	<b>25</b> <b>Administrativo</b>	<b>26</b> <b>Administrativo</b>	<b>27</b> <b>Administrativo</b>
<b>02</b> Validaciones en terreno  Gestión de casos	<b>03</b> Visita domiciliaria: Jose Aguilera Ana Gutiérrez Soledad Jiménez Brunilda Fuentes	<b>04</b> Visita domiciliaria Cecilia Toro Gillermina Lara Rosa Espinoza  Reunión de red	<b>05</b> Visita domiciliaria (Rural) Silvia Pulgar María Cerda Purísima Cornejo Daniel Cornejo Victoria Olave	<b>06</b> Validación en terreno.  Administrativo



<p><b>09</b> Visita domiciliaria: Alicia Lepe Tomas Armijo Fresia Tobar Rosa Tobar Carmen Godoy</p>	<p><b>10</b> Validación en terreno: Lidia Jorquera  Administrativo</p>	<p><b>11</b> Visita Domiciliaria Rosalba Martínez Teobalda Altamirano Ana orellana Eliana Rivera</p>	<p><b>12</b> Validación en terreno Patricia Tramon Rupertina Pizarro Floriderma Silva</p>	<p><b>13</b>  Administrativo</p>
<p><b>16</b> Visita Domiciliaria Carmen Guerra Mercedes Cayuqueo Marcia Valderrama Margarita Lineros María Dintrans</p>	<p><b>17</b> Visita Domiciliaria: Gabriela Arriagada Ana Rivera Juana Uribe Herna Acevedo Marco Catalan</p>	<p><b>18</b> Visita Domiciliaria Marisol García Jocelyn Valdivia Rubi Castillo Rosa Gutiérrez  Administrativo</p>	<p><b>19</b> Visita Domiciliaria Ivonne Epul Ana zapata Eliana Rivera  Administrativo</p>	<p><b>20</b> Apoyo Dideco Día Mundial del síndrome de Down</p>
<p><b>23</b> Visita Domiciliaria María Saavedra Karen Valencia Jose Aguilera Jennifer Espinoza (fallida)</p>	<p><b>24</b>  Administrativo</p>			

**La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención de psicología.**

- **Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.**

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

Reunión equipo PRLAC donde se registran nuevos ingresos y se entrega información relevante.

- **Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.**

Se está realizando planificación de las fechas y los lugares para los talleres programados durante el presente año.



- **Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.**

Se realizan informes y se ingresa a plataforma Red Local de apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo social y Familia.



- **Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.**

Se realiza trabajo administrativo y la gestión de casos en conjunto con la coordinación del programa, agendando visitas en los nuevos domicilios.

- **Participar en actividades solicitadas por DIDECO.**

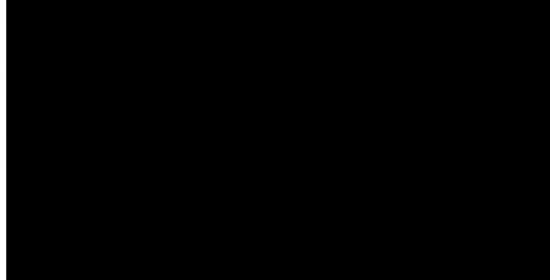




**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
Y Cuidados**













TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 13/03/26 -

Hora 8:30 - 17:30 hrs.

Comuna Padre Hurtado

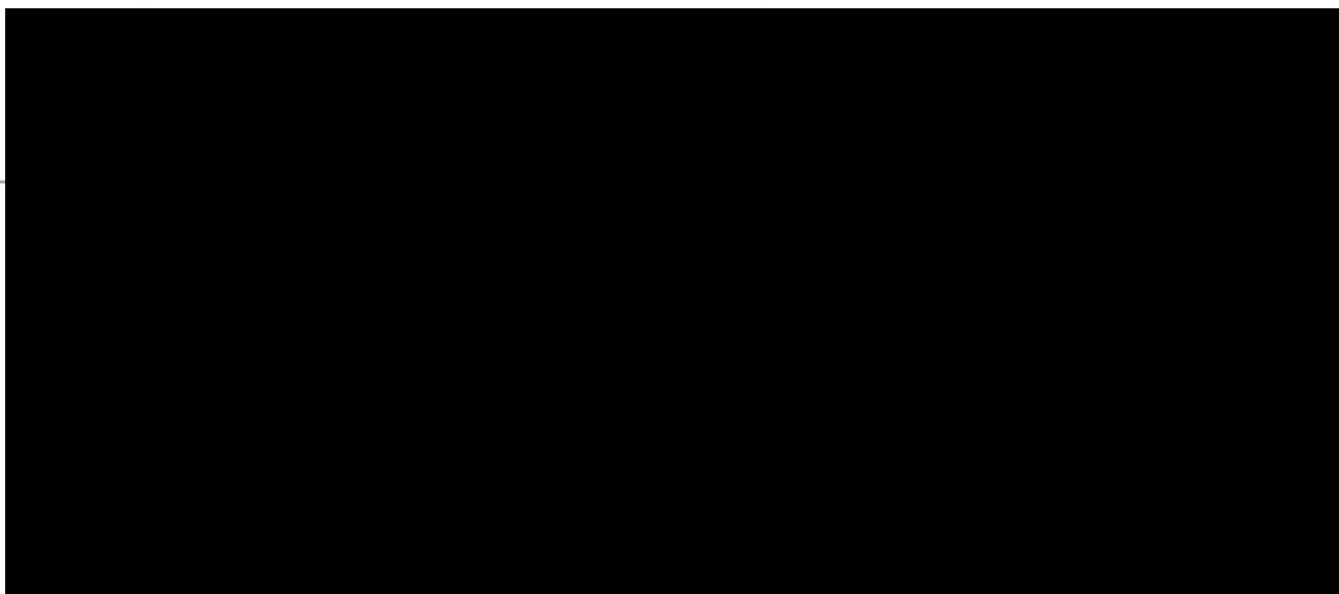
Lugar de realización

Participantes



Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Macarena Moyano	Kinesiología	macarena.moyano19@gmail.com
Monseerrat Aballey Piñak	Terapeuta Ocupacional	monse.aballey@gmail.com
Camela González	Kinesiología	klg.gonzalez@gmail.com
Alison Argueta	Psicóloga	alisonargueta6@gmail.com

N°	Temas de trabajo
	Gestión de casos







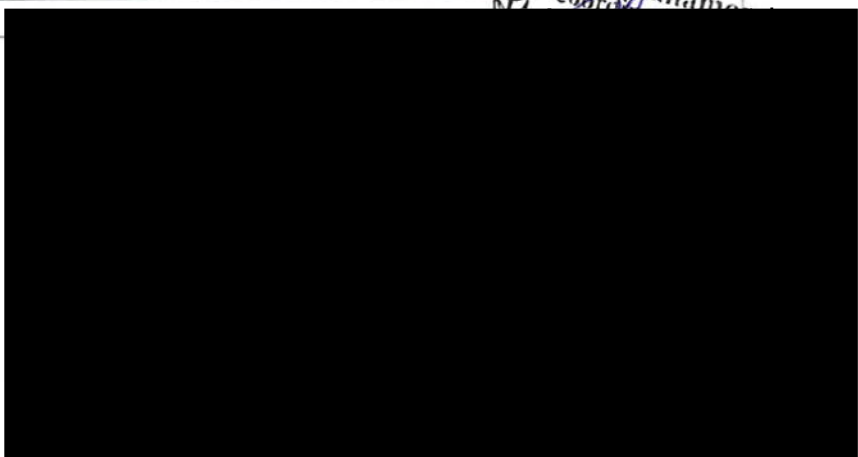
## REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Psicología

1 ID	62420
Nombre Usuario/Cuidadores	Gabriel Arriagada
2 ID	70200
Nombre Usuario/Cuidadores	Dña Rivera
3 ID	182180
Nombre Usuario/Cuidadores	Juana Uribe
4 ID	104946
Nombre Usuario/Cuidadores	Heina Acevedo
5 ID	44343
Nombre Usuario/Cuidadores	Mara Catalan.
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado

**Marcia Bahamonde**  
 Coordinadora



Horario: 11:00 N° de Sesión 2  
 Fecha de sesión: 17/03/2016  
 Realizado: Si  No  PDSF  CP   
 Incidencias\* Si  No   
 Servicio entregado: Psicólogo  
 SSEE Ámbitos II  
 Observaciones Gabriel Arriagada  
 Firma profesional: [Redacted] Firma usuario/Cuidadora: [Redacted]

Horario: 12:25 N° de Sesión 2  
 Fecha de sesión: 17/03/2016  
 Realizado: Si  No  PDSF  CP   
 Incidencias\* Si  No   
 Servicio entregado: Psicólogo  
 SSEE Ámbitos II  
 Observaciones Ana Rivero  
 Firma profesional: [Redacted] Firma usuario/Cuidadora: [Redacted]

Horario: 13:25 N° de Sesión 1  
 Fecha de sesión: 17/03/2016  
 Realizado: Si  No  PDSF  CP   
 Incidencias\* Si  No   
 Servicio entregado: Psicólogo  
 SSEE Ámbitos II  
 Observaciones Jean Urbe  
 Firma profesional: [Redacted] Firma usuario/Cuidadora: [Redacted]

Horario: 14:30 N° de Sesión 1  
 Fecha de sesión: 17/03/2016  
 Realizado: Si  No  PDSF  CP   
 Incidencias\* Si  No   
 Servicio entregado: Psicólogo  
 SSEE Ámbitos I  
 Observaciones Hernán Acevedo  
 Firma profesional: [Redacted] Firma usuario/Cuidadora: [Redacted]

Horario: 15:30 N° de Sesión 2  
 Fecha de sesión: 17/03/2016  
 Realizado: Si  No  PDSF  CP   
 Incidencias\* Si  No   
 Servicio entregado: Psicólogo  
 SSEE Ámbitos II  
 Observaciones Marco Antonio Ceballos  
 Firma profesional: [Redacted] Firma usuario/Cuidadora: [Redacted]

Horario: N° de Sesión  
 Fecha de sesión: / /  
 Realizado: Si  No  PDSF  CP   
 Incidencias\* Si  No   
 Servicio entregado:  
 SSEE Ámbitos  
 Observaciones  
 Firma profesional: [Redacted] Firma usuario/Cuidadora: [Redacted]

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Psicólogo	
1 ID	70180	
Nombre Usuario/Cuidadores	Carmen Guerra	
2 ID	18282	
Nombre Usuario/Cuidadores	Mercedes Cuyugueo	
3 ID	44343	
Nombre Usuario/Cuidadores	María Calderamón	
4 ID	80102	
Nombre Usuario/Cuidadores	Margarita Linares	
5 ID	125762	
Nombre Usuario/Cuidadores	María Nitrans	
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado

Horario: 11:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 16/03/2020	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
11	
Observaciones	
Carmen	

Horario: 12:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 16/03/2020	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
11	
Observaciones	
Marcedes Coyq.02	

Horario: 13:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 16/03/2020	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
11	
Observaciones	
María Valderrama	

Horario: 14:30	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 16/03/2020	
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"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
11	
Observaciones	
María Ines	

Horario: 16:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 16/03/2020	
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"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones	
María Dintrens	

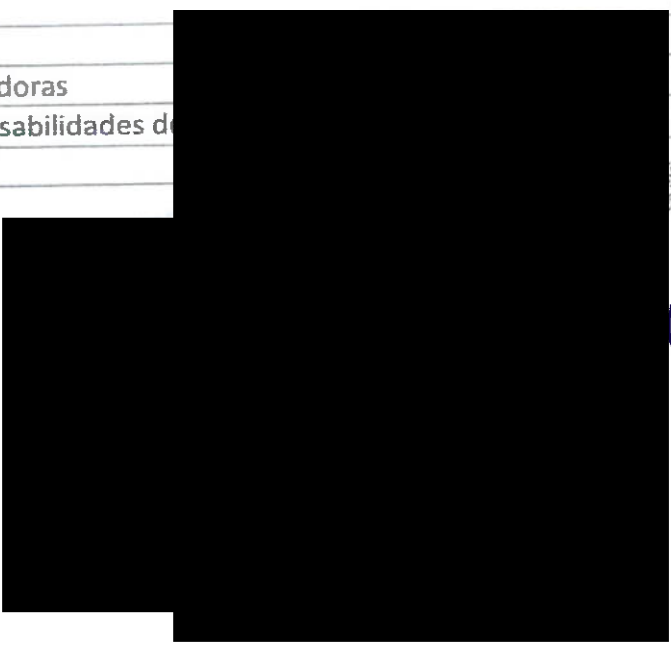
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

1	ID	11321
	Nombre Usuario/Cuidadores	Yvonne Ego
2	ID	18623
	Nombre Usuario/Cuidadores	Ana Zapata
3	ID	87760
	Nombre Usuario/Cuidadores	Eliana Rued
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
11	
<b>Observaciones</b>	
Yvonne Lopez	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
ANA ZAPATA	

Horario: 13:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Eliana Rivas	

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"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</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"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

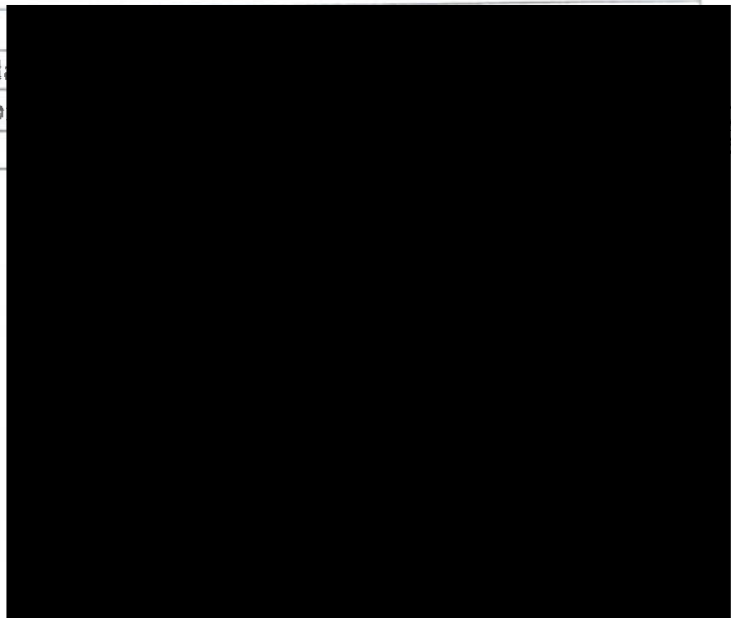
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Psicología

1	ID	44330
	Nombre Usuario/Cuidadores	Maria Saavedra
2	ID	20181
	Nombre Usuario/Cuidadores	Karen Valencia
3	ID	19261
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Aguilera
4	ID	102832
	Nombre Usuario/Cuidadores	Jennifer Espinoza
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantenimiento de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuid.
10	Procesos de duelo en el marco de las respo
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 12:20	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Hana Suarez	

Horario: 14:30	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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Karen Valencia	

Horario: 15:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Jose Ayala	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

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

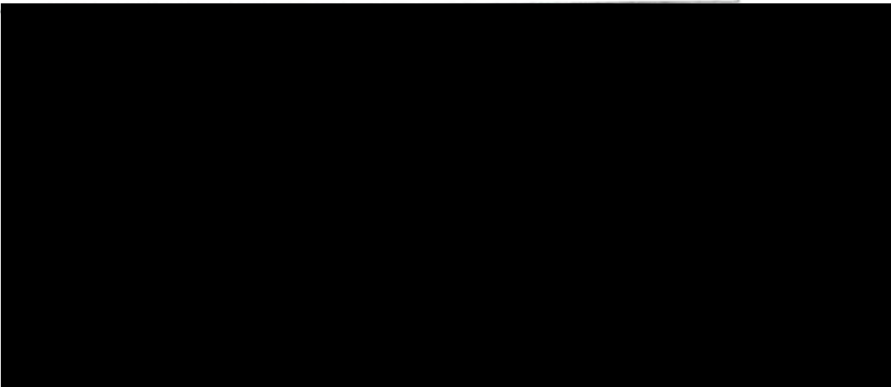
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Psicología

1	ID	169880.
	Nombre Usuario/Cuidadores	Marisol García
2	ID	128113
	Nombre Usuario/Cuidadores	Josehyr Uildivie
3	ID	13881
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rubi Castillo
4	ID	107042
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa Catherine Olguin
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 11:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 18/03/2020	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Marisol García	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 12:30	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 18/03/2020	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Iselyn Sepulveda	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 13:30	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 18/03/2020	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Rubí Castillo	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 14:45	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 18/03/2020	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Rosa Gutierrez	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Psicología	
1 ID	80400	
Nombre Usuario/Cuidadores	Cecilia Toro	
2 ID	18403	
Nombre Usuario/Cuidadores	Guillermo Toro	
3 ID	18401	
Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa Espinoza	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 04/03/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
SSEE Ámbitos	
SS	
Observaciones	
Cecilia Toro	

Horario: 11:30	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 04/03/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
SS	
Observaciones	
G. Williams Toro	

Horario: 12:30	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 04/04/2016	
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"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	
SS	
Observaciones	
Rosa Espinoza	

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional: Firma usuario/Cuidadora	

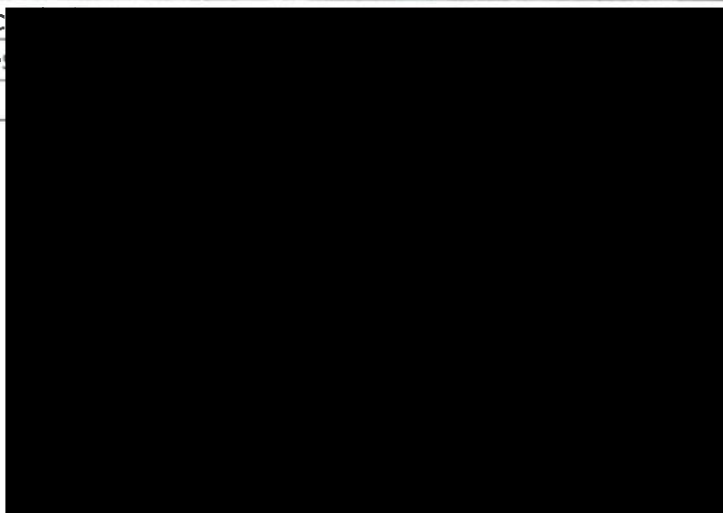
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma	

Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma usuario/Cuidadora	

## REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad		Psicóloga
1	ID	12082
	Nombre Usuario/Cuidadores	Silvia Pulgar
2	ID	59040
	Nombre Usuario/Cuidadores	María Cerda
3	ID	59041
	Nombre Usuario/Cuidadores	Patricia Ginejo
4	ID	59041
	Nombre Usuario/Cuidadores	Daniel Ginejo
5	ID	18781
	Nombre Usuario/Cuidadores	Victoria Olave
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las relaciones familiares
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 05/05/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos: Psicología	
Observaciones:	
Silvia Polgar	

Horario: 12:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 05/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	
María Cordero	

Horario:	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 05/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	
Pascual Cornejo	

Horario:	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 05/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	
Daniel Cornejo	

Horario:	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 05/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	
Victoria Olave	

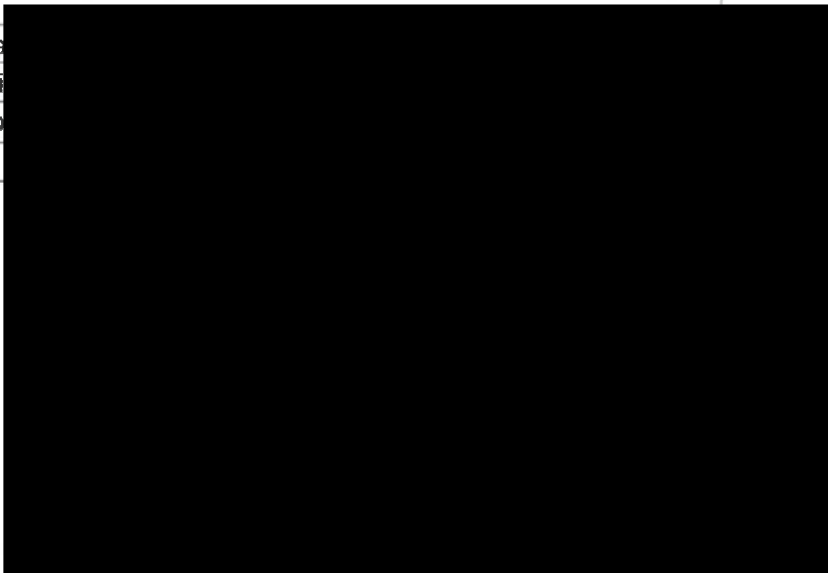
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	

es

### REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad		Psicología
1	ID	18623
	Nombre Usuario/Cuidadores	Alicia Leppe
2	ID	11523
	Nombre Usuario/Cuidadores	Tomas Amigo
3	ID	11523
	Nombre Usuario/Cuidadores	Gresia Tobler
4	ID	11523
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rosa Tobler
5	ID	28707
	Nombre Usuario/Cuidadores	Carmen Gadea
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 9/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	11
Observaciones	Alicia Ieppe

Horario: 11:20	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 09/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	11
Observaciones	Tomás Anzures

Horario: 12:20	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 09/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	11
Observaciones	Rosa Tober

Horario: 13:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 09/03/2026	
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"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	11
Observaciones	Rosa Tober

Horario: 13:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 09/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos	11
Observaciones	Carmen Godoy

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

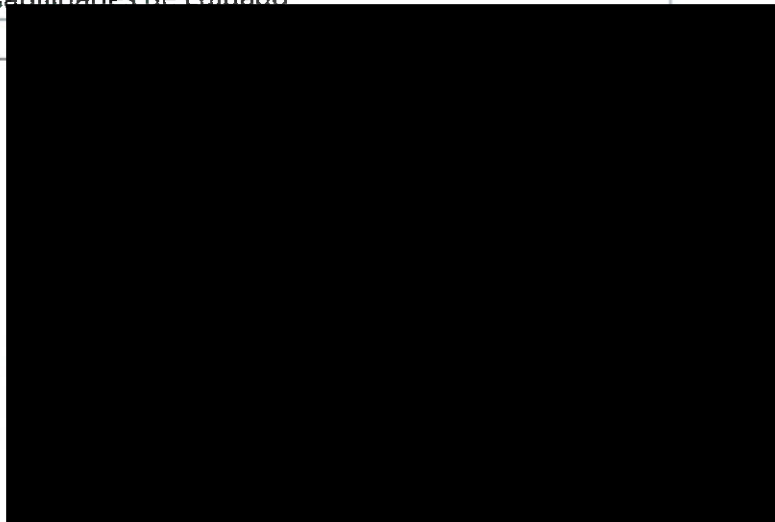
6

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

1	ID	15105
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rosalba Martínez
2	ID	10181
	Nombre Usuario/Cuidadores	Teobaldo Altamirano
3	ID	10181
	Nombre Usuario/Cuidadores	Dario Orellana
4	ID	87760
	Nombre Usuario/Cuidadores	Eliana Micoe Morales
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 11/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
SSEE Ámbitos: 11	
Observaciones: Rosalba Martínez	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 11/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 11	
Observaciones: Teodoro Alvarado	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 11/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 11	
Observaciones: Anita Ofellano	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 14:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 11/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 11	
Observaciones: Eliana Rivea	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

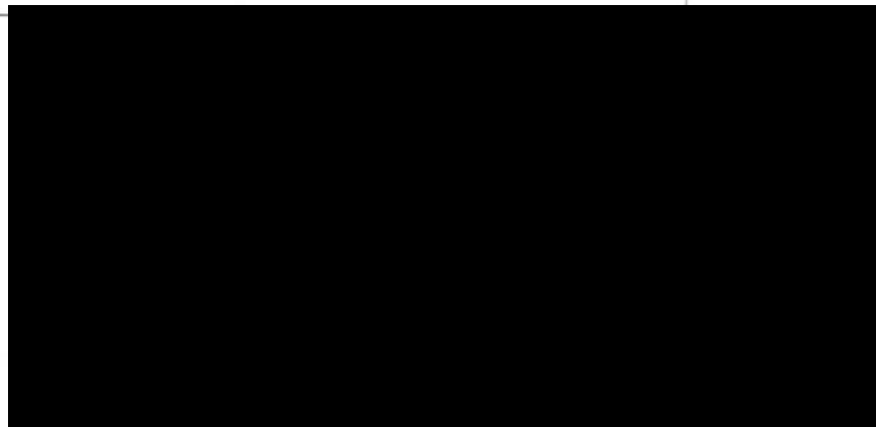
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Psicología
1 ID	19263
Nombre Usuario/Cuidadores	Jose Aguero
2 ID	18667
Nombre Usuario/Cuidadores	Ana Cortes
3 ID	55523
Nombre Usuario/Cuidadores	Selva Jimenez
4 ID	10534
Nombre Usuario/Cuidadores	Brunilda Fuentes
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



①

Horario: 10:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 3/03/2016	
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"/>	
Servicio entregado: Psicología	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
11	
<b>Observaciones</b>	
Jose Aguirre	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

②

Horario: 12:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 03/03/2016	
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"/>	
Servicio entregado: Psicología	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
11	
<b>Observaciones</b>	
Dna Gutierrez	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 13:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 03/03/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
1	
<b>Observaciones</b>	
Soledad Jimenez	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 11:00	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 03/03/2016	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Visita fallida X control Bucallado	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

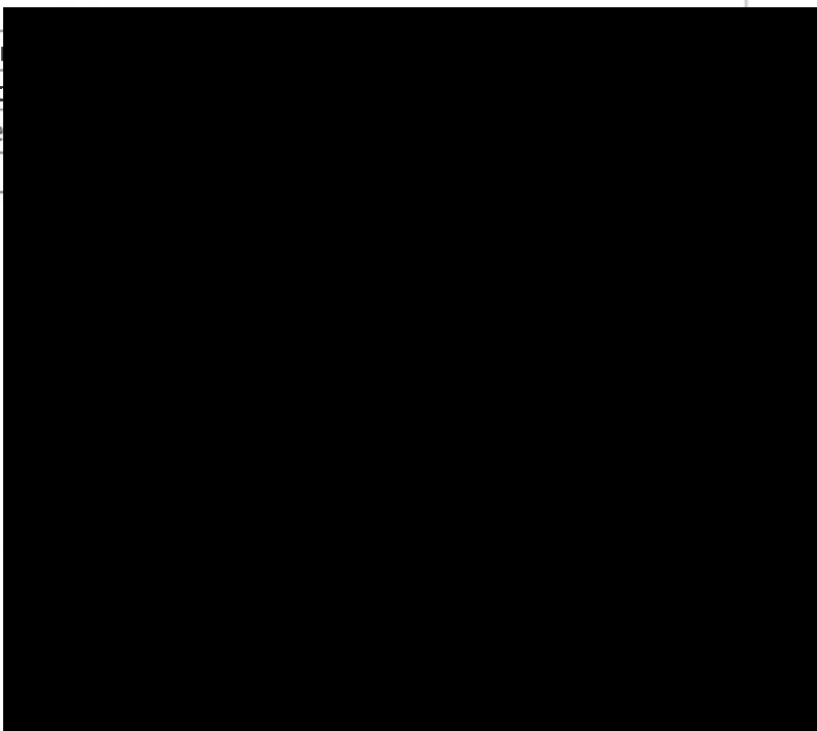
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Psicología

1	ID	55522
	Nombre Usuario/Cuidadores	Silvia Fuente
2	ID	131 400
	Nombre Usuario/Cuidadores	Isabel Quiroz
3	ID	18:141
	Nombre Usuario/Cuidadores	Marta Molina
4	ID	13881
	Nombre Usuario/Cuidadores	Rubi Castillo
5	ID	28707
	Nombre Usuario/Cuidadores	Carmen Godoy
6	ID	70181
	Nombre Usuario/Cuidadores	Karen Valencia
7	ID	81740
	Nombre Usuario/Cuidadores	Zaida Reyes
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las relaciones familiares
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 9:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 23/02/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 1	
Observaciones: Silvia Gentes	

Horario: 10:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 23/02/2016	
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"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 1	
Observaciones: Isabel Quiroz	

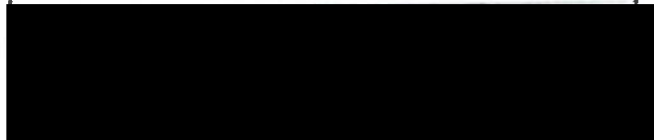
Horario: 11:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 23/02/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicología	
SSEE Ámbitos: 1	
Observaciones: Mónica Molina	

Horario: 19:20	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 23/02/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 1	
Observaciones: Rubi Castillo	

Horario: 13:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 23/02/2016	
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"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 1	
Observaciones: Carmen Godoy	

Horario: 14:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 23/02/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
SSEE Ámbitos: 1	
Observaciones: Karen Valencia	

Horario: 15:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 23/02/2024	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Psicólogo	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
1	
<b>Observaciones</b>	
Zaida Reyes	



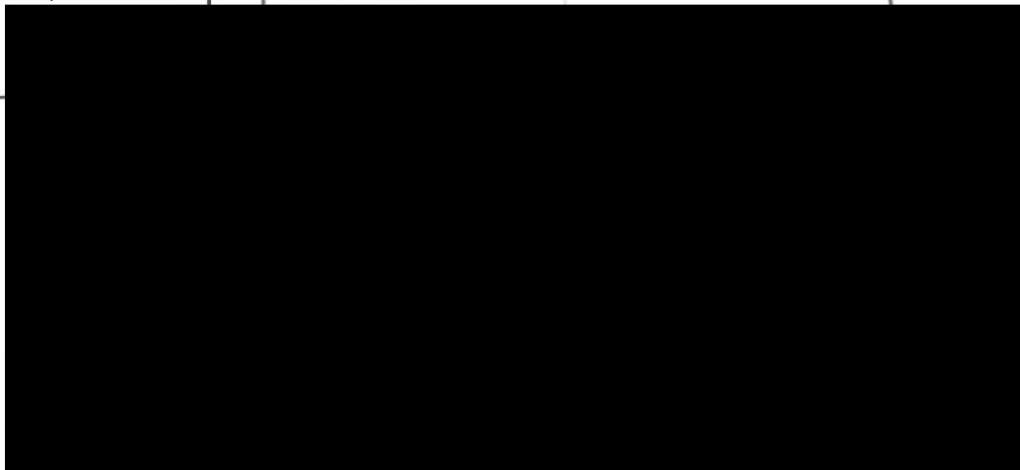
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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"/>	
Servicio entregado:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida  
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

12/03/2026  
Fecha entrevista. Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF		1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)	
Nombres	[Redacted]	Run	[Redacted]
Apellido paterno	[Redacted]	Apellido materno	[Redacted]
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social (cómo quiere ser llamado/a)	
Fecha de nacimiento	23/10/1950	Edad actual	76 a.
Dirección	[Redacted]	Dpto.	
Villa / Población		Otras referencias	
Comuna	Padre Hurtado	Región	Metropolitano
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	
<b>2) Antecedentes Generales</b>			
2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos		10 años	
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?		SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? Juan P. II NO <input type="checkbox"/>	
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?		SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles? NO <input checked="" type="checkbox"/>	
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años		<input type="checkbox"/> Talleres municipales <input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad <input type="checkbox"/> Junta de vecinos <input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas <input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores <input type="checkbox"/> Clubes deportivos <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____ <input checked="" type="checkbox"/> En ninguna	
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Si su respuesta es <b>NO</b> , seleccione los motivos: <input type="checkbox"/> No conozco organizaciones de este tipo en mi comuna <input checked="" type="checkbox"/> No tengo interés en participar			

Marcia Bahamonde



# PC N°06

## Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

123.454  
ID Hogar

10/03/2021  
Fecha entrevista - Día / Mes / Año

### Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	[Redacted]		
Apellido paterno	[Redacted]		
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social (cómo quiere ser llamado/a)	[Redacted]
Fecha de nacimiento	11/11/1938	Edad actual	87 años
Dirección	[Redacted]		
Villa / Población	[Redacted]		
Comuna	Padre Hurtado	Región	Metropolitano
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	[Redacted]

### 2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 5 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI  \* ¿Cuál? Juan Pablo II NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI  \* ¿Cuáles? NO

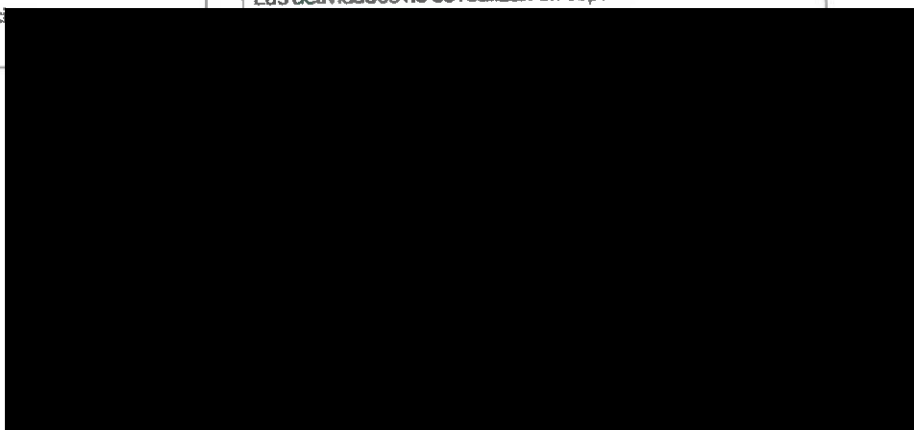
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?  
\*Selección múltiple  
\*Personas mayores de 18 años

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?  
SI   
NO

Si su respuesta es **NO**, seleccione los motivos (Selección múltiple)

- No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.
- No tengo tiempo para participar.
- No tengo interés en participar.
- Las actividades no se realizan en espacios





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida  
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

US: Ky

CP: KM - PS.

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

101624

ID Hogar

24/02/2026

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

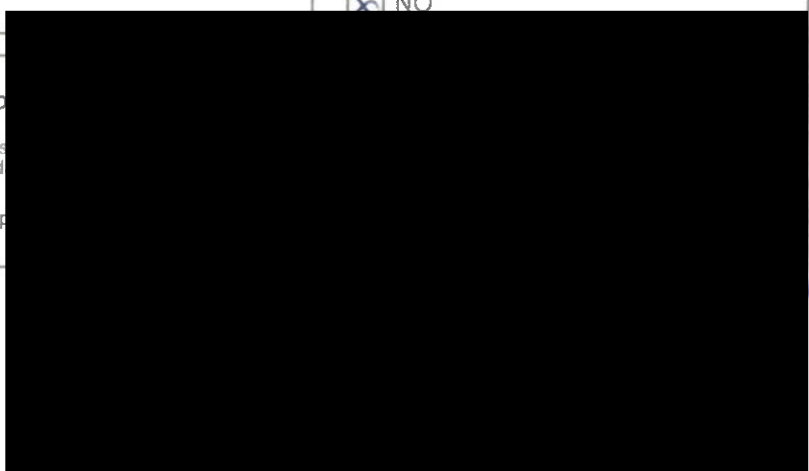
Nombres	[Redacted]		
Apellido paterno	[Redacted]		
Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social	[Redacted]
Fecha de nacimiento	10/01/1941	Edad actual	85
Dirección	[Redacted] Dpto.		
Villa / Población	[Redacted]		
Comuna	Padre Hurtado	Región	Metropolitano
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	[Redacted]

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	2 años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? Juan P. II NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?	SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles? NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años	<input type="checkbox"/> Talleres municipales
	<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
	<input type="checkbox"/> Junta de vecinos
	<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas
	<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores
	<input type="checkbox"/> Clubes deportivos
	<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? .....
	<input type="checkbox"/> En ninguna
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

Si su respuesta es NO, seleccione los motivos

- No conozco organizaciones de este tipo en mi comunidad
- No tengo interés en participar



63

UC - Ku  
CP - PS - SAD.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida  
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

12/03/2026  
Fecha entrevista. Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres				[Redacted]			
Apellido paterno				[Redacted]			
Género		Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social (cómo quiere ser llamado/a)		
Fecha de nacimiento		29/02/1936		Edad actual		90 a.	
Dirección				[Redacted] Dpto.			
Villa / Población				Otras referencias			
Comuna		Padre Hurtado		Región		Metropolitano	
Teléfono 1		[Redacted]		Teléfono 2			

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 8 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI  → ¿Cuál? Cesfam. NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI  → ¿Cuáles? NO

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?  
\*Selección múltiple  
\*Personas mayores de 18 años

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?  SI

Si su respuesta es NO, seleccione los motivos

- No conozco organizaciones de este tipo en mi comunidad
- No tengo interés en participar





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida  
Instituto Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres			
Apellido paterno			
Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social	<small>¿cómo quiere ser llamada/o?</small>
Fecha de nacimiento	10/10/1982	Edad actual	44 años
Dirección		Dpto.	711 - Torre 2
Villa / Población	Condominio	Otras referencias	
Comuna	Padre Hurtado	Región	Metropolitana
Teléfono 1		Teléfono 2	

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	11 años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? Juan P. II NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?	SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles? NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años	<input type="checkbox"/> Talleres municipales
	<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
	<input type="checkbox"/> Junta de vecinos
	<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas
	<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores
	<input type="checkbox"/> Clubes deportivos
	<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? .....
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?	<input type="checkbox"/> SI
	<input checked="" type="checkbox"/> NO

Si su respuesta es NO, seleccione los motivos

- No conozco organizaciones de este tipo en mi comunidad
- No tengo interés en participar



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**



**PC N°06**

**Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados**

ID Hogar

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

**Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)**

Nombres	[Redacted]		
Apellido paterno	[Redacted]		
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social	[Redacted]
Fecha de nacimiento	21/11/1952	Edad actual	69 años
Dirección	[Redacted]		Dpto.
Villa / Población			Otras referencias
Comuna	Padre Hurtado	Región	Metropolitana
Teléfono 1			Teléfono 2

**2) Antecedentes Generales**

**2.1** ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos \_\_\_\_\_ años

**2.2** ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI  → ¿Cuál? Don Rabbat NO

**2.3** ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI  → ¿Cuáles? NO

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cual? \_\_\_\_\_
- En ninguna

**2.5** ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?

Si su respuesta es **NO**, seleccione los motivos (Selecione una o más)

- No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.
- No tengo interés en participar.





Red Local de Apoyos y Cuidados



**PC N°06**

**Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados**

101024

ID Hogar

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

<b>Sección 1 PSDF</b>			
<b>1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)</b>			
Nombres		[Redacted]	
Apellido paterno		[Redacted]	
Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social (como quiere ser llamado/a)	
Fecha de nacimiento	10/01/1941	Edad actual	85.
Dirección	[Redacted]	Dpto.	
Villa / Población		Otras referencias	
Comuna	Parque Hurtado	Región	Metropolitano
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	
<b>2) Antecedentes Generales</b>			
<b>2.1</b> ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos		2 años	
<b>2.2</b> ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?		SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? Juan P. II NO <input type="checkbox"/>	
<b>2.3</b> ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?		SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles? NO <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>2.4</b> ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años		<input type="checkbox"/> Talleres municipales <input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad <input type="checkbox"/> Junta de vecinos <input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas <input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores <input type="checkbox"/> Clubes deportivos <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> En ninguna	
<b>2.5</b> ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad?		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Si su respuesta es <b>NO</b> , seleccione los motivos (Selec <input type="checkbox"/> No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad. <input type="checkbox"/> No tengo interés en participar.			