



03

## Informe de pago mensual

Funcionario: Alondra Lefno Novoa

Cargo: Asistente de Cuidados

Mes correspondiente: MARZO 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.



05

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

Con fechas 27 de febrero y 04, 06, 11, 13, 18 y 20 de marzo de 2026, se participó en reuniones de equipo del Servicio de Atención Domiciliaria, organizadas por la coordinadora Anaís Navarrete.

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



**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

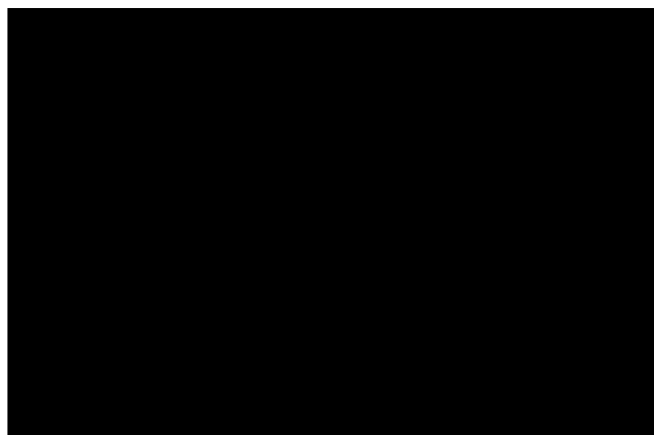
06

Calendario de febrero, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>23</b> Leon Polanco 9:00 a 12:45  Daniel Penailillo 13:15 a 17:00	<b>24</b> Trabajo Administrativo 9:00 a 16:00	<b>25</b> Daniel Penailillo 9:00 a 12:45  Leon Polanco 13:15 A 17:00	<b>26</b> Trabajo Administrativo 9:00 a 16:00	<b>27</b> Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 16:00

Calendario de marzo, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>2</b> Leon Polanco 9:00 a 12:45  Daniel Penailillo 13:15 a 17:00	<b>3</b> Trabajo Administrativo 9:00 a 16:00	<b>4</b> Daniel Penailillo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 16:00	<b>5</b> Trabajo Administrativo 9:00 a 12:30  Leon Polanco 13:15 A 17:00	<b>6</b> Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 16:00
<b>9</b> Leon Polanco 9:00 a 12:45  Daniel Penailillo 13:15 a 17:00	<b>10</b> Ihan Catalan 9:00 a 12:45  Hector Latorre 13:15 A 17:00	<b>11</b> Daniel Penailillo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 16:00	<b>12</b> Francisca Jerez 9:00 a 12:45  Luis Velasquez 13:15 A 17:00	<b>13</b> Leon Polanco 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 16:00
<b>16</b> Leon Polanco 9:00 a 12:45  Trabajo Administrativo 13:15 a 17:00	<b>17</b> Ihan Catalan 9:00 a 12:45  Hector Latorre 13:15 A 17:00	<b>18</b> Daniel Penailillo 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 16:00	<b>19</b> Francisca Jerez 9:00 a 12:45  Luis Velasquez 13:15 A 17:00	<b>20</b> Leon Polanco 9:00 a 12:45  Reunión de equipo 14:00 a 16:00





Red Local de Apoyos y Cuidados



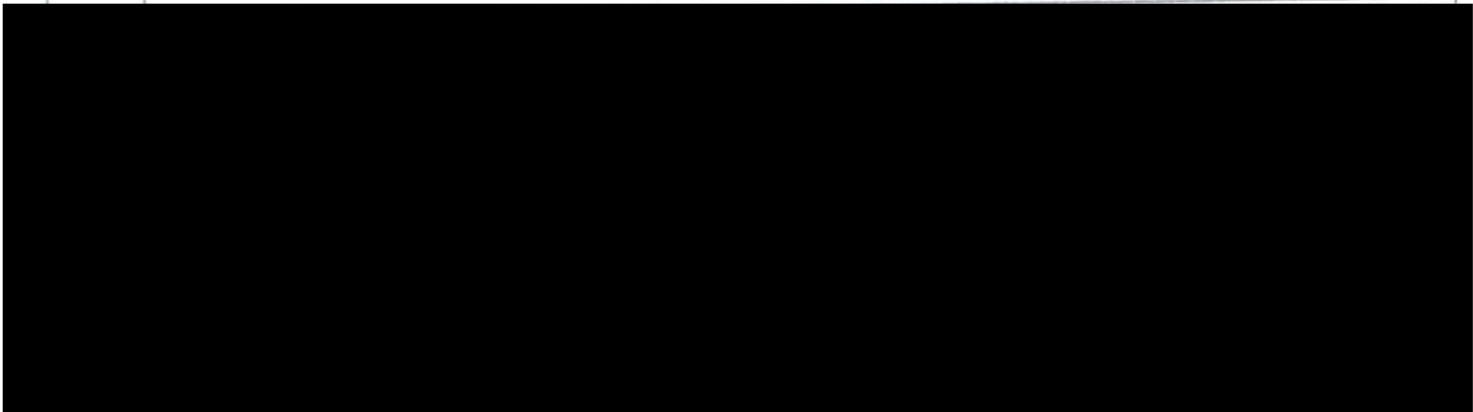
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	27/02/2026
Hora	14:00 o 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kepler.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria José Cruzado Pizarra	Asistente de cuidado	[Redacted]
Hellen Fuentes	Asistente de cuidado	
Constanza Gonzalez	Asistente de cuidado	
Constanza Soto	Asistente de cuidados	
Abigail Torres	Asistente de cuidados	
Mónica Rivera	Asistente de cuidado	
Petrona Martínez T	Asistente de cuidado	
Johanna Fuentes	Asistente de Cuidado	
Anais Nuñez	Coordinadora S40	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Actualización de Horarios y usuarios nuevos.
2	Registro de Atenciones en plataforma Mideso.



08



Red Local  
Apoyos  
y Cuidados

Chile  
Cuida

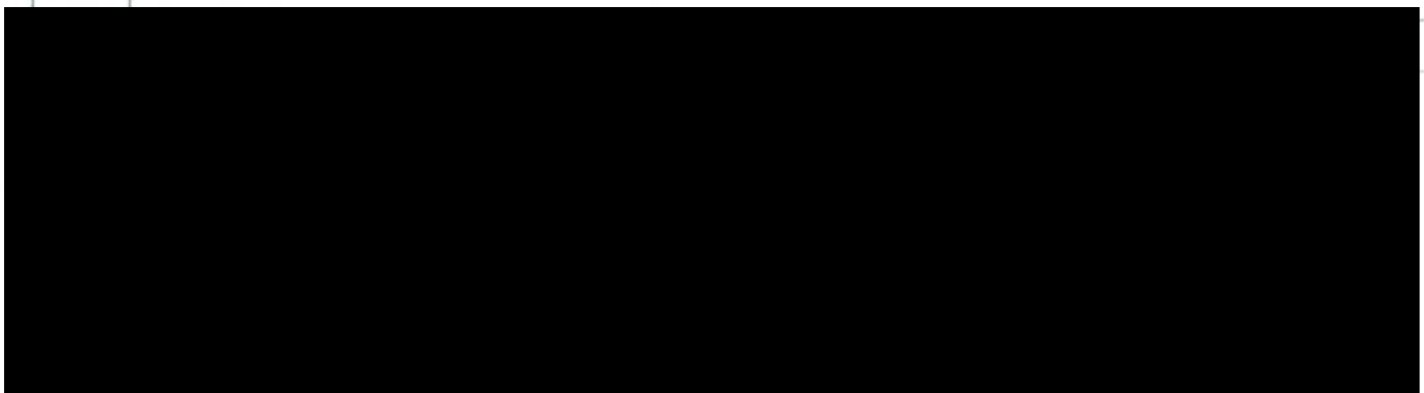
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	04/03/2026
Hora	14:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kepler.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria José CANINO PASTA	Asistente de Cuidado	
Hellen Puentes	Asistente de Cuidado	
Consueza gonzalez	Asistente de cuidado	
Constanza Solo	Asistente de Cuidado	
Marcos Lopez	Asistente de Cuidados	
Mónica Rivera	Asistente de Cuidado	
Johanna Mantis	Asistente de Cuidado	
Bruce Montoya R	Asistente de Cuidado	
Anais Nahenete	Coordinadora S40	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Entrega de insumos.
2	Registro de Atenciones en plataforma Miso.



09



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

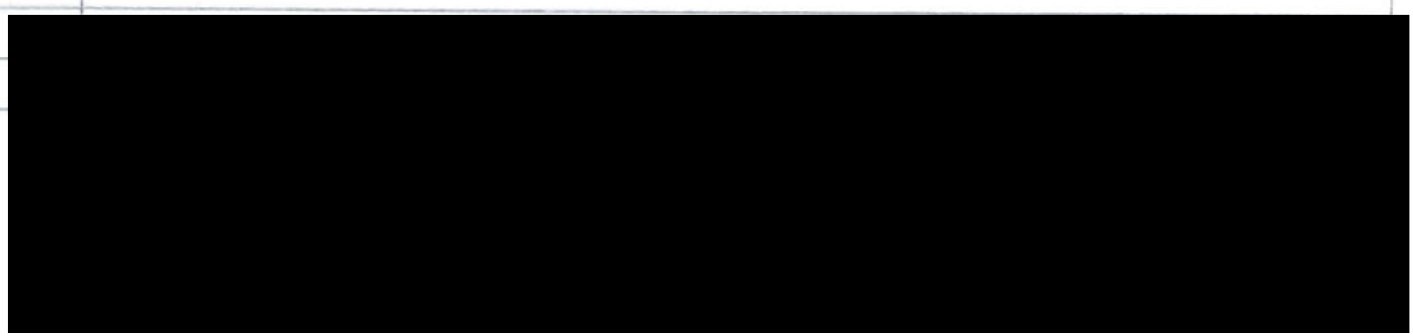
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	06/03/2026.
Hora	14:00 a 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Berdam

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
María José Cecilia Peña	Asistente de Cuidado	
Hellen Mueller	Asistente de Cuidado	
Constanza Gonzalez	Asistente de Cuidado	
Constanza Soto	Asistente de Cuidado	
Alondra Leiva	Asistente de Cuidado	
María Rivera	Asistente de Cuidado	
Sobrapera Reyes	Asistente de Cuidado	
Patricia Martínez P.	Asistente de Cuidado	
Araceli Buente	Coordinadora SAI	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Registro de Atenciones en plataforma Cuideso
2	Gestión de casos de usuarios SAI.







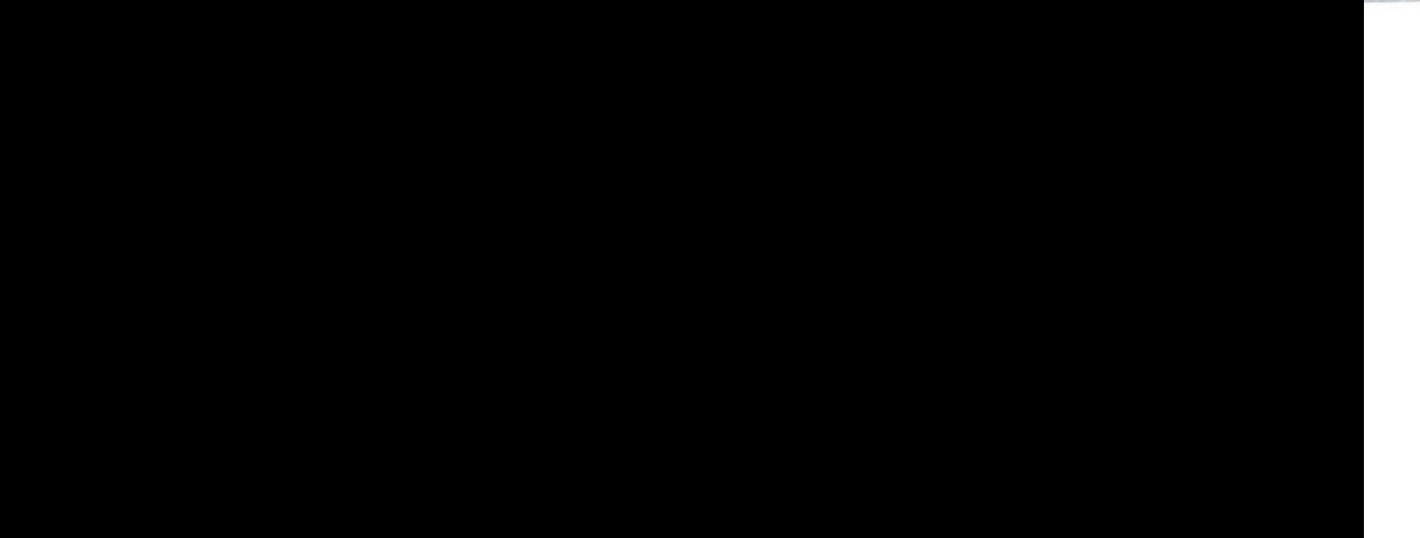
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	13/03/2026
Hora	14:00 a 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Constanza González	Asistente de Ciudadanos	
Constanza Soto	Asistente de Ciudadanos	
Alondra Letino	Asistente de Ciudadanos	
Patricia Martínez	Asistente de Ciudadanos	
Monice Ruero	Asistente de Ciudadanos	
Schonne Ruiz	Asistente de Ciudadanos	
Flora José Carrasco	Asistente de Ciudadanos	
Nellen Fuentes	Asistente de Ciudadanos	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de Crisis
2	Registro de Atenciones en plataforma municipal y redic





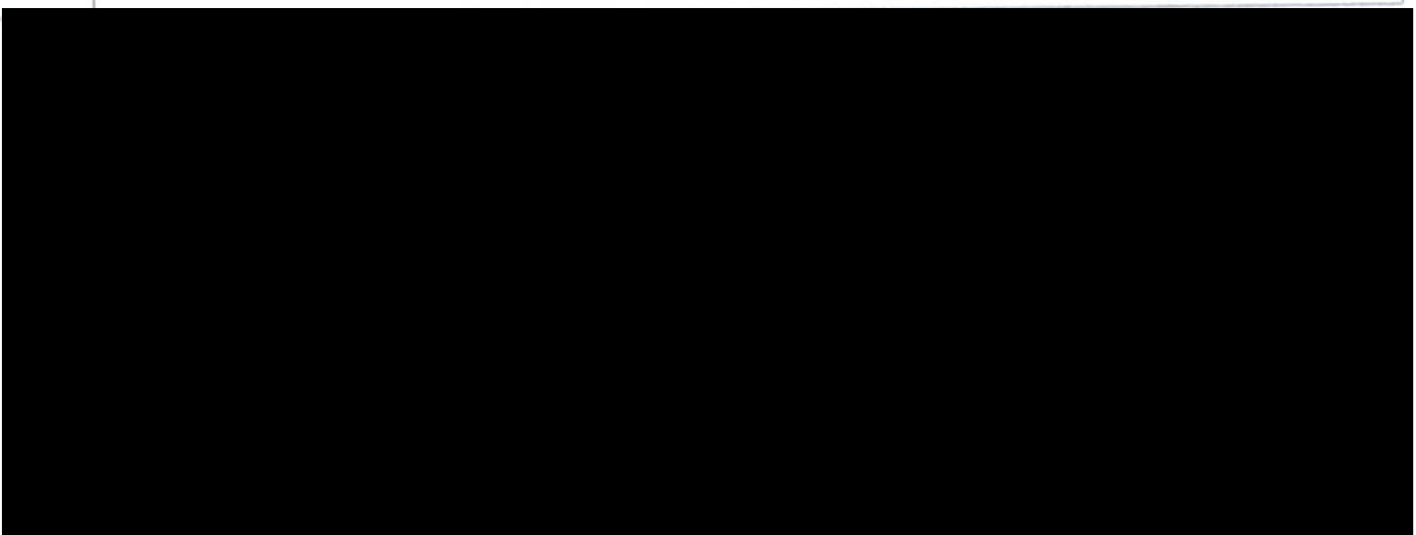
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	18/03/2026
Hora	14:00 e 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kodan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Helena Trujillo	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Patricio José Canciano	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Anaís Navarrete	Coordinadora SAD	[Redacted]
Monica Rivera	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Patricia Martínez	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Johanna Ruiz	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Constanza Ojeda	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Blanca López	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Constanza Soto	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunión
1	Revisión de casos
2	Registro de Atenciones en plataforma Midea.





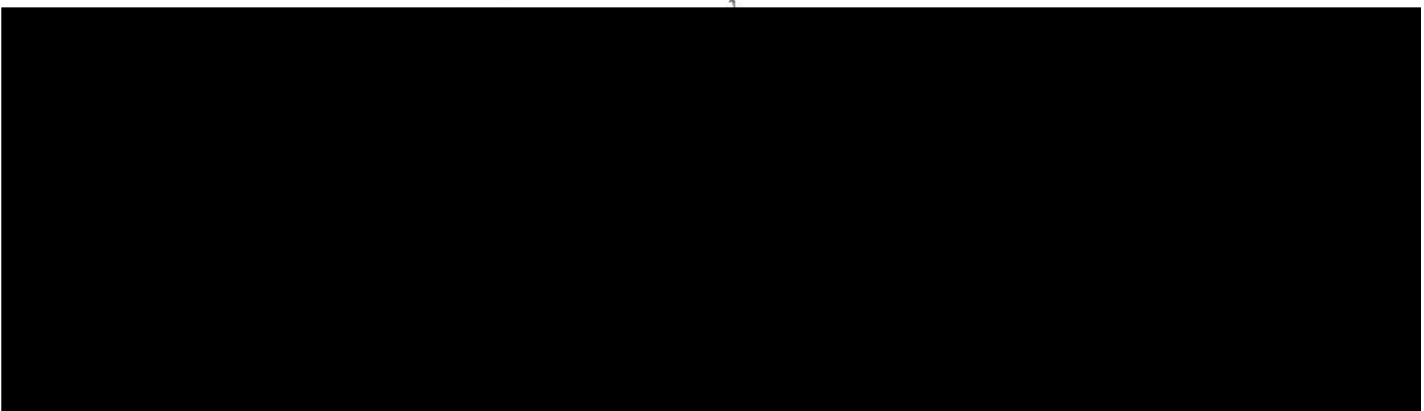
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	20/03/2026
Hora	14:00 a 16:00
Comuna	Podre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Parera	Asistente de cuidados	
Petrcie Roshner	Asistente de cuidados	
Sophene Ruiz	Asistente de cuidados	
Constance Gonzalez	Asistente de cuidados	
Constance Soto	Asistente de cuidados	
Plondre Leño	Asistente de cuidados	
Rocio Fox Cancino	Asistente de cuidados	
Hellen Fuentes	Asistente de cuidados	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de casos
2	Registro de Atenciones en Planificación Médica y Nutricional



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

14

NOMBRE	
RUT	
ID	

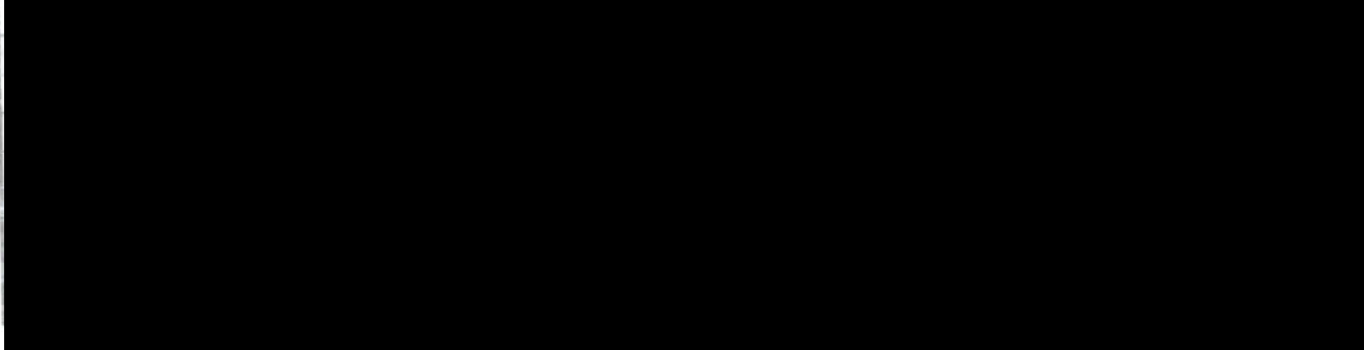
### Plan de Apoyo SAD

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

15

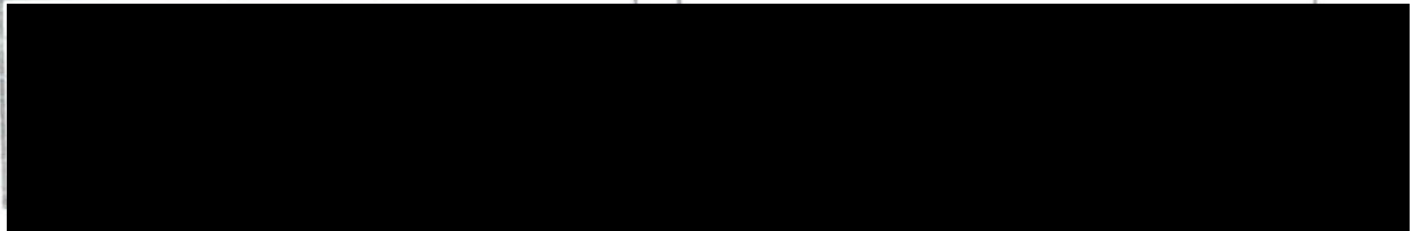
Horario: 9:00 / 16:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/02/2026	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
Se Realiza Trabajo	

Horario: 9:00 / 16:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 26/02/2026	
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>	
Trabajo Administrativo	



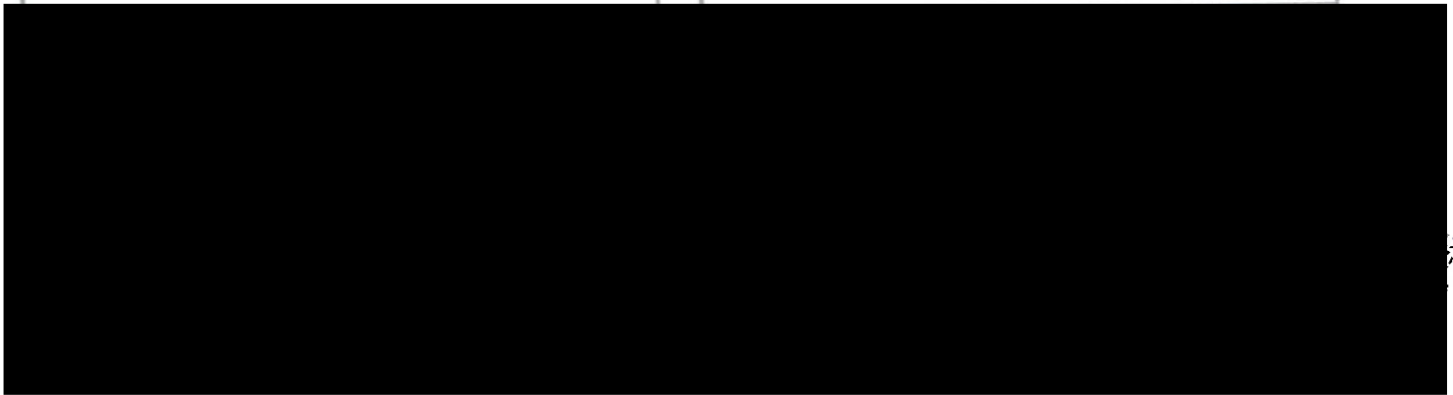
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 27/02/2026	
Realizado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
Trabajo Administrativo	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 16:00	N° de Sesión: 4
Fecha de sesión: 03/03/2026	
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>	
Trabajo Administrativo	
<b>Observaciones</b>	



Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión: 5
Fecha de sesión: 06/03/2026	
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>	
Trabajo Administrativo	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 13:10 / 17:00	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 16/03/2026	
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>	
Trabajo Administrativo	
<b>Observaciones</b>	



## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

16

NOMBRE	
RUT	
ID	

### Plan de Apoyo SAD

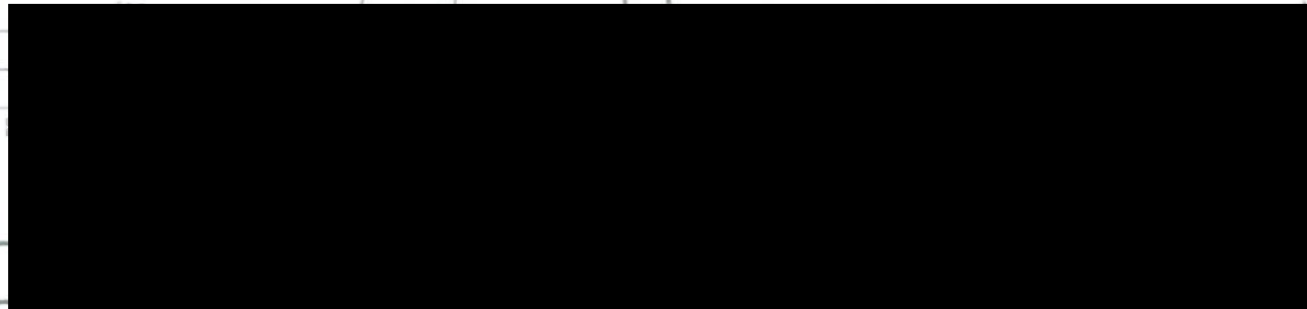
1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado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

[Redacted area]

17

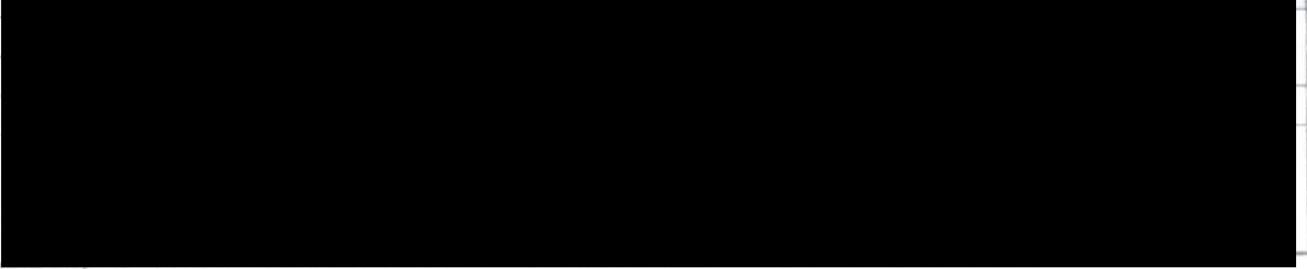
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 23/02/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 23/02/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	



Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 02/03/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 05/03/2026	
Realizado: Si <input 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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	



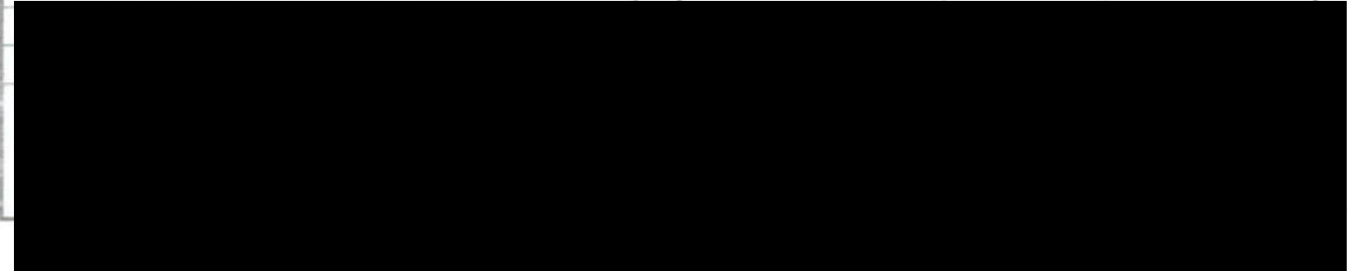
Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 09/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 6
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	



Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 7
Fecha de sesión: 16/10/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 8
Fecha de sesión: 20/03/2026	
Realizado: Si <input 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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-11-15-21-23 25-27-28	
<b>Observaciones</b>	

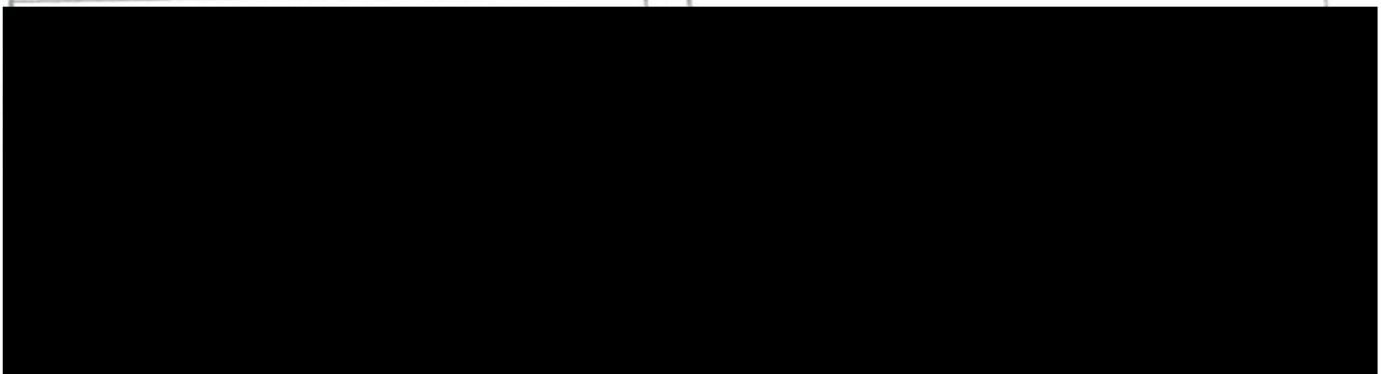


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional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

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

19

NOMBRE	
RUT	
ID	

### Plan de Apoyo SAD

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

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 03/02/26	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
29	
<b>Observaciones</b>	
[Redacted]	

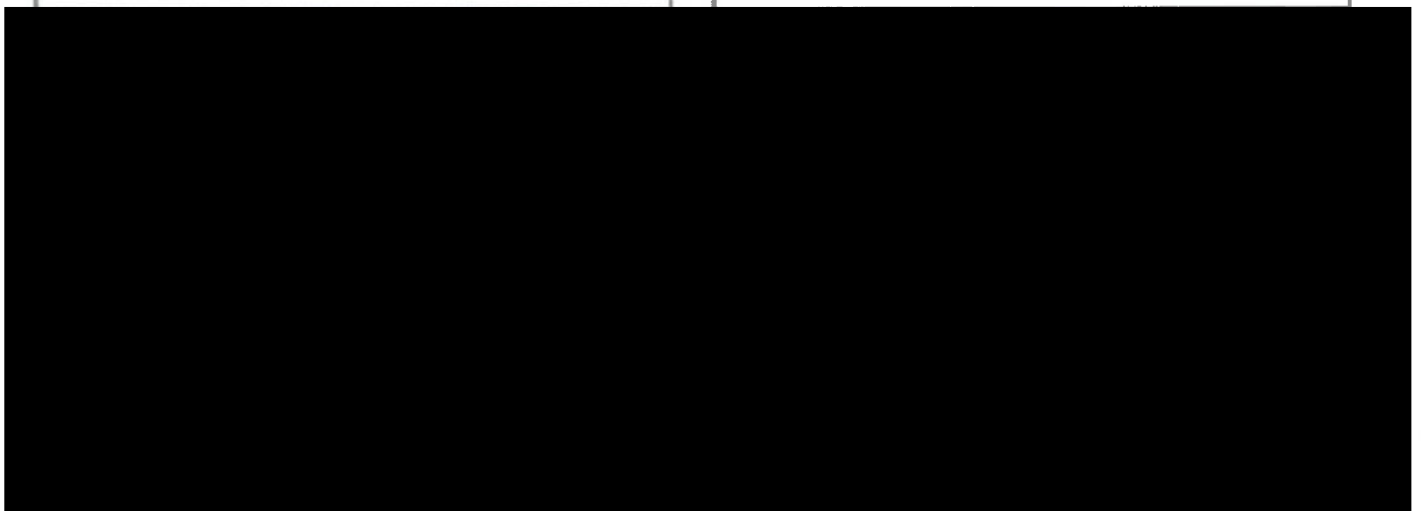
Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 03/02/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
29	
<b>Observaciones</b>	
[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"/>	
<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>	
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>	

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>	



21

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE  
RUT  
ID




### Plan de

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



20

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 23/02/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1- 11-14-15-21 25-27-30	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 25/02/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1- 10-11-15-14-21 25-27	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 3
Fecha de sesión: 02/03/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-10-11-14-15-21	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 4
Fecha de sesión: 04/03/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1- 10-11-14-15-21	

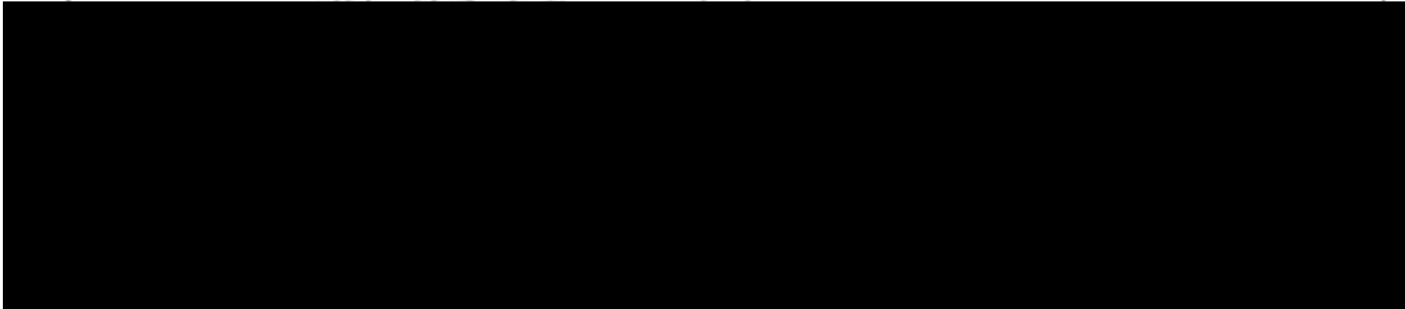
Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 5
Fecha de sesión: 09/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-10-11-14-15 21-25-27-	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 6
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-10-11-14-15-21 25-27	

72

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión: 7
Fecha de sesión: 18/03/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
1-10-11-14-15	

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>	
<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>	
Firma Profesional	Firma Usuario

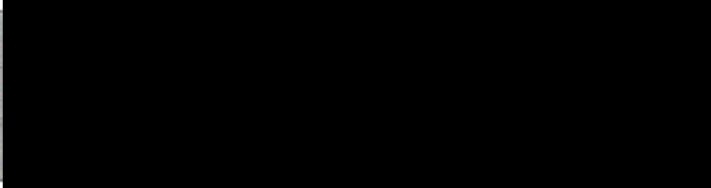
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	

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>	



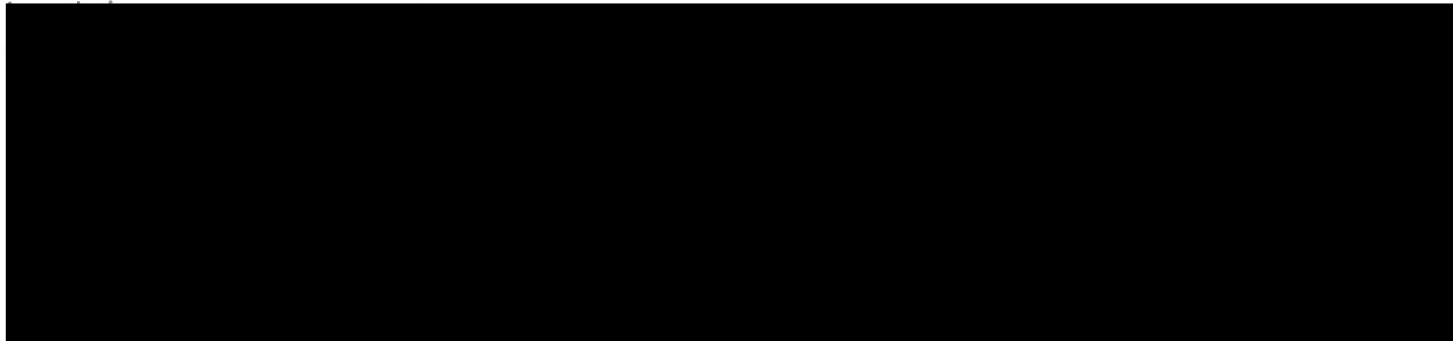
24

## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE		
RUT		
ID		

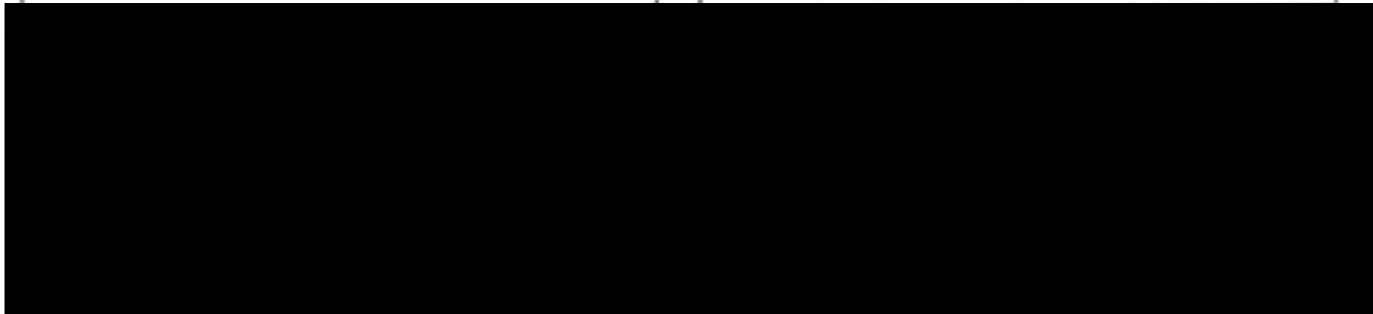
### Plan de Apoyo SAB

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



Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 2/03/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
no se Realizan Act.	

Horario: 13:15 / 17:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 9/03/2026	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
10-15-16-19-25	

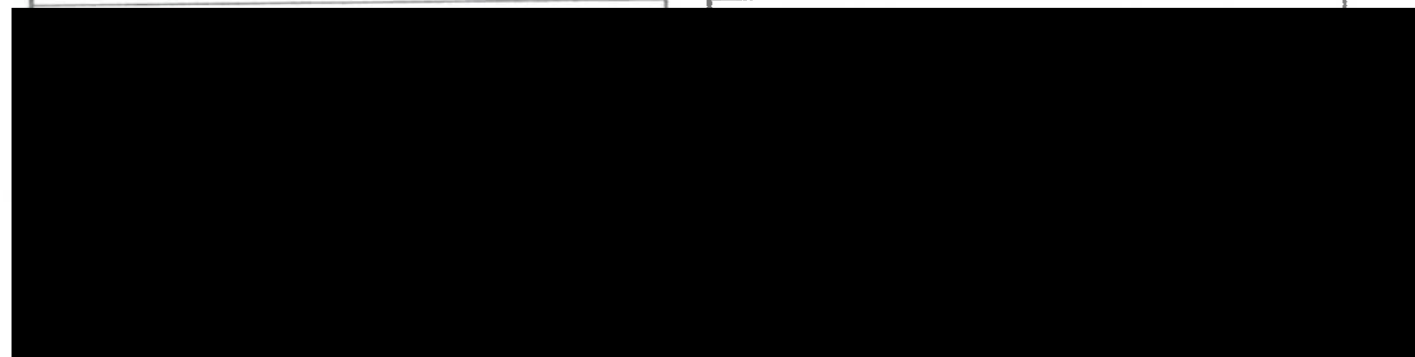


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional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

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

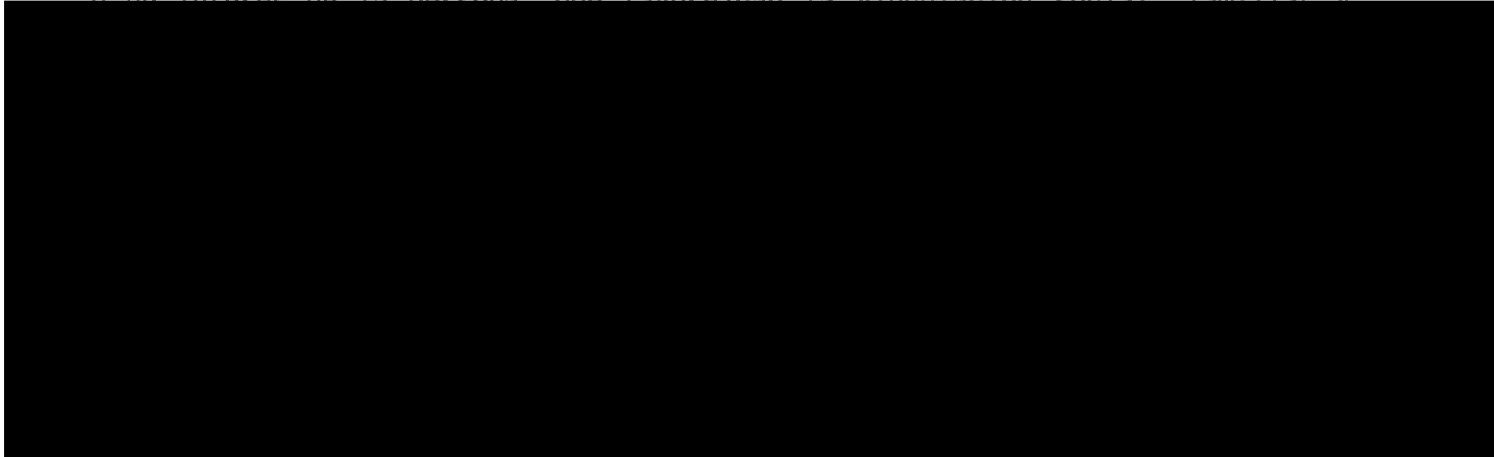


## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

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

### Plan de Apoyo SAD

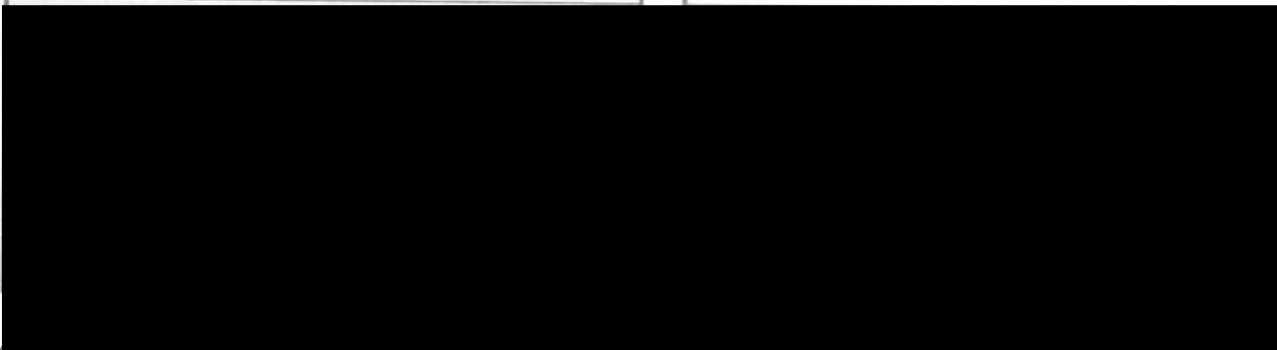
1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado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



29

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 12/03/2020	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
29	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 19/03/2020	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
B2	

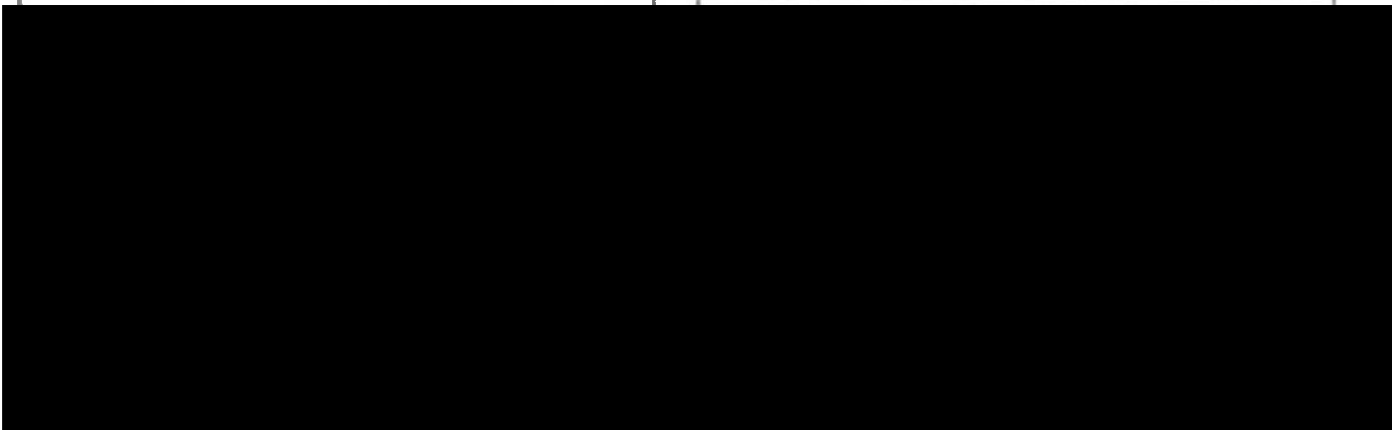


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional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

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

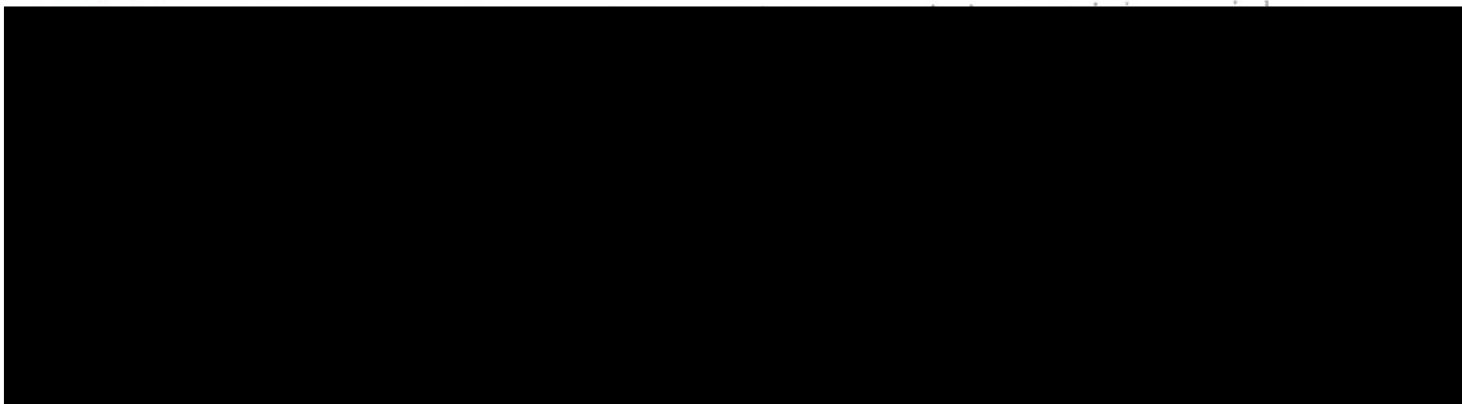


## Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	
RUT	
ID	

### Plan de Apoyo SAD

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



29

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 10/03/2020	
Realizado: Si <input 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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
29	
<b>Observaciones</b>	

Horario: 9:00 / 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/03/2020	
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"/>	
<b>SAD Actividades</b>	
29	
<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>	
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>	
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>	
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>	
Firma Profesional	Firma Usuario