



Informe de pago mensual

03

Funcionario: Johanna Andrea Mutis Trujillo.

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.

Se adjuntan los registros de atenciones realizadas y el Plan de Apoyo Individual, para su revisión y respaldo.

04



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

2. Participar en reuniones mensuales de equipo y en las capacitaciones gestionadas por el programa.

OS

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.

Se adjunta acta de reunión correspondiente.

3. Mantener actualizada la información de sus atenciones en plataforma PRLAC.

El cometido se encuentra en ejecución. Se realiza el registro y actualización de las atenciones en la plataforma del MIDESO, lo que permite el monitoreo remoto, trazabilidad y supervisión permanente de la gestión comunal y de los apoyos entregados a las personas usuarias del programa.

Se adjunta registro en acta de reuniones.

4. Colaborar en actividades organizadas por DIDECO.

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

Calendario de febrero, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23 Martin Cuevas 9:00 a 12:45 Jorge Fuentes 14:00 a 17:00	24 Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45 Fresia Tobar 13:15 a 17:00	25 Martin Cuevas 9:00 a 12:45 Jorge Fuentes 14:00 a 17:00	26 Zelma Ojeda 9:00 a 12:45 Fresia Tobar 13:15 a 17:00	27 Evaristo Tramolao 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
2 Martin Cuevas 9:00 a 12:45 Jorge Fuentes 13:15 a 17:00	3 Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45 Fresia Tobar 13:15 a 17:00	4 Martin Cuevas 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00	5 Zelma Ojeda 9:00 a 12:45 Fresia Tobar 13:15 a 17:00	6 Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00
9 Martin Cuevas 9:00 a 12:45 Jorge Fuentes 14:00 a 17:00	10 Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45 Fresia Tobar 13:15 a 17:00	11 Carlos Soto 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00	12 Fresia Tobar 9:00 a 12:45 Zelma Ojeda 13:15 a 17:00	13 Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00
16 Martin Cuevas 9:00 a 12:30 Jorge Fuentes 14:00 a 17:00	17 Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45 Fresia Tobar 13:15 a 17:00	18 Carlos Soto 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00	19 Juan Leon 9:00 a 12:45 Zelma Ojeda 13:15 a 17:00	20 Evaristo Tramolao 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00

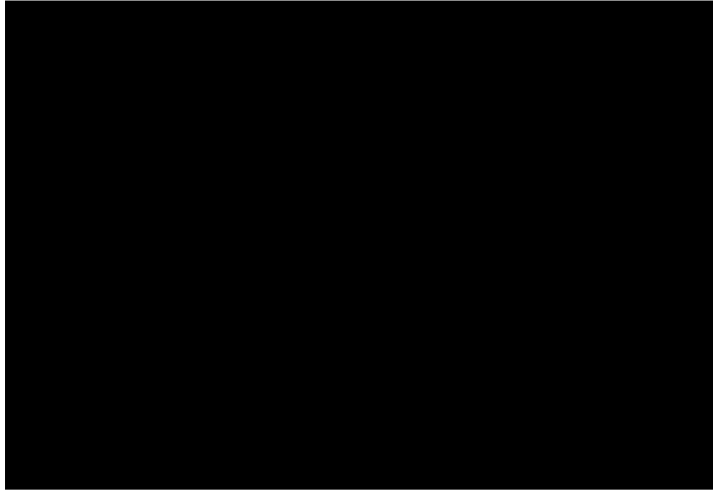


DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

Ob



07



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

PRLAC N° 04.1

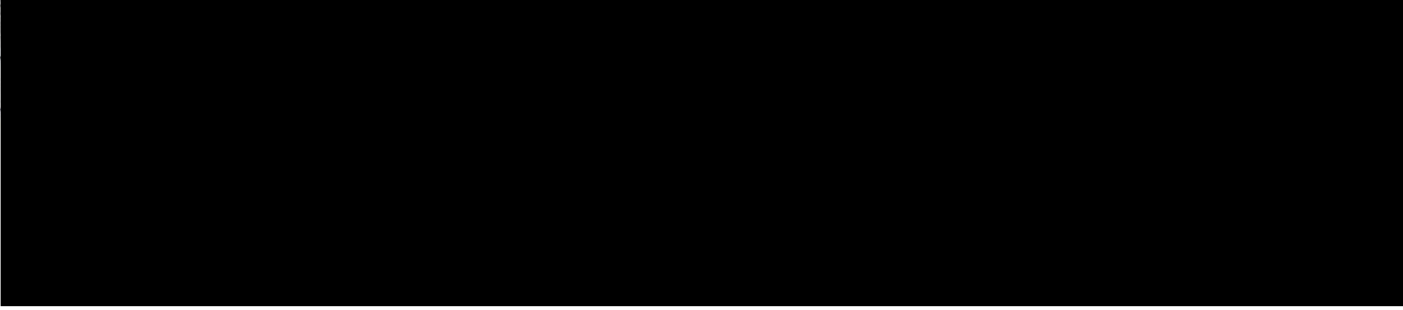
Acta de Reunión



Fecha	24/02/2026
Hora	14:00 o 16:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Keolan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria José Cruzado Peña	Asistente de ciudad	[Redacted]
Helen Fuentes	Asistente de ciudad	
Carolina González	Asistente de ciudad	
Constanza Ocho	Asistente de ciudad	
Abigail Irujo	Asistente de ciudad	
Mónica Rivera	Asistente de ciudad	
Petrona Martínez T.	Asistente de ciudad	
Johanna Urrutia	Asistente de ciudad	
Anais Nuñez	Asistente de ciudad	

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



08

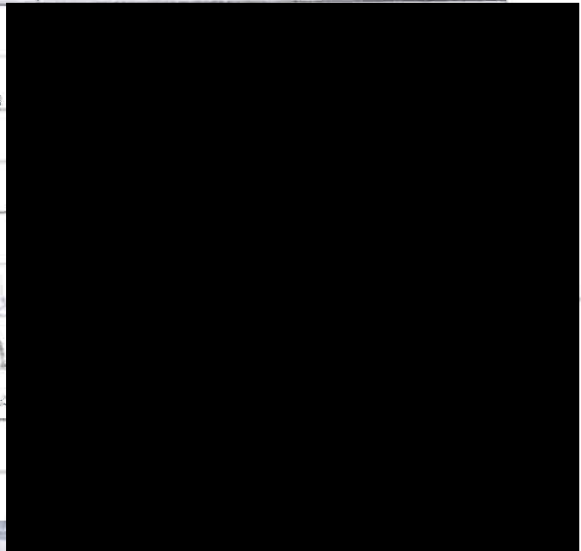


PRLAC N° 04.1

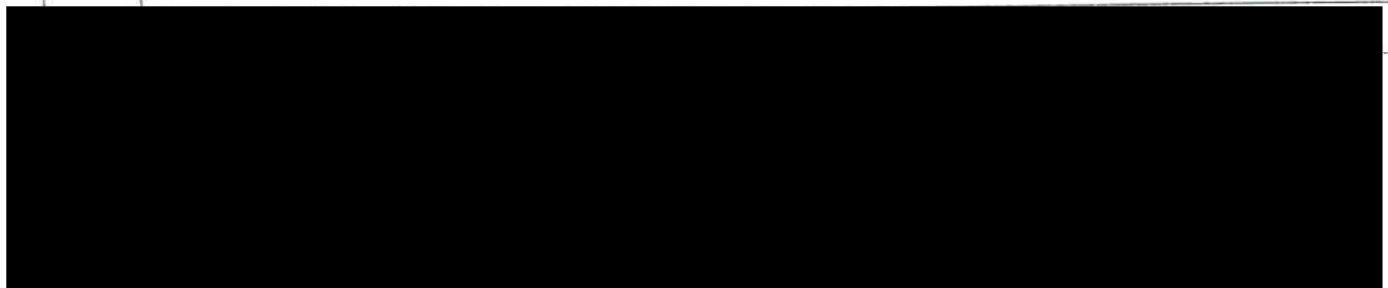
Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Maria José Canales Bora	Asistente de Cuidado	
Hellen Priente	Asistente de Cuidado	
Constanza Gonzalez	Asistente de Cuidado	
Constanza Solo	Asistente de Cuidado	
Alondra Lillo	Asistente de Cuidado	
Miriam Rivera	Asistente de Cuidado	
Schaper Montiel	Asistente de Cuidado	
Patricio Montoya R.	Asistente de Cuidado	
Anais Naherete	Coordinadora	



N°	Temas a tratar en reunión
1	Entrega de Insumos.
2	Registro de Atenciones en formato Micro.



09



Programa Red Local de Apoyos y Cuidados



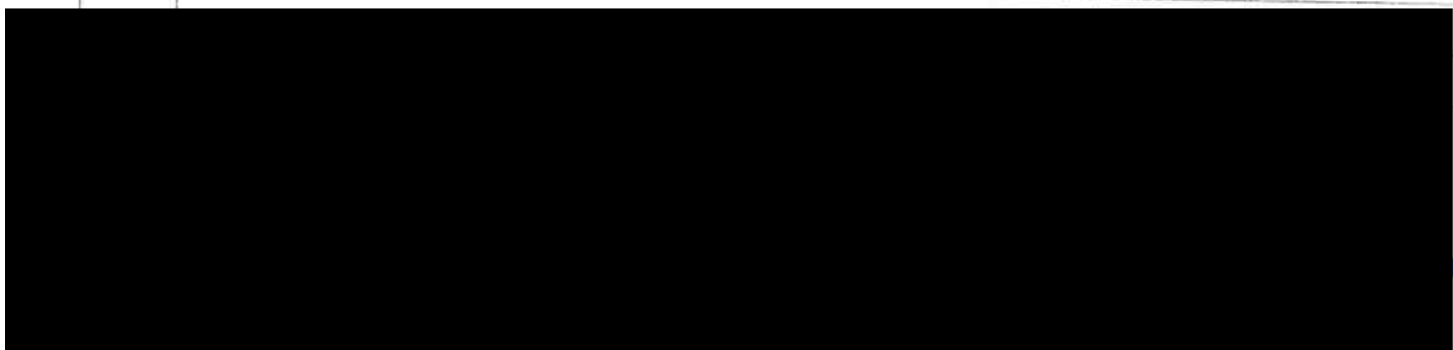
PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
María José Cuevas Peña	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Hellen Rentería	Asistente de Cuidados	
Constanza González	Asistente de Cuidados	
Constanza Soto	Asistente de Cuidados	
Olivia López	Asistente de Cuidados	
María Rivera	Asistente de Cuidados	
Sophía Muñoz	Asistente de Cuidados	
Patricia Mattheij T.	Asistente de Cuidados	
Araucaviviente	Coordinadora SAD	

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



10



Red Local de Apoyos y Cuidados



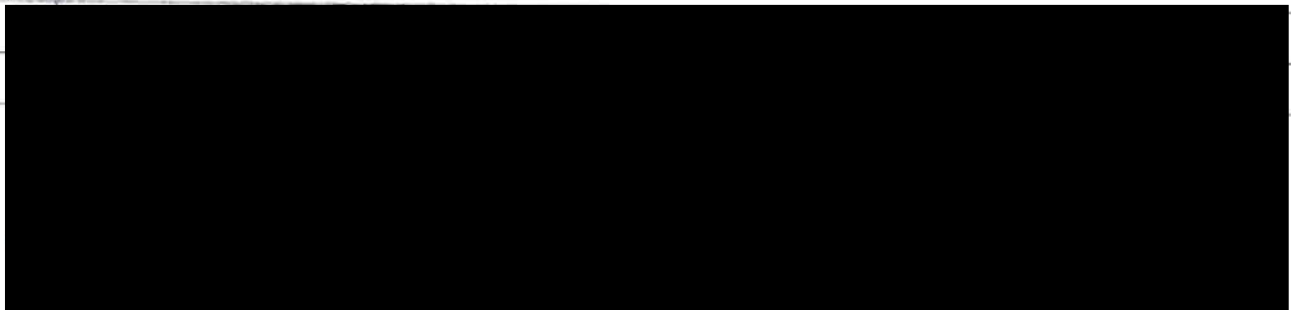
PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	11/03/2026
Hora	14:00 a 16:00.
Comuna	Padre Hurtado.
Lugar de realización	Oficina Kaplan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Mónica José Gabriela Peña	Asistente de cuidado	
Hellen Puentes	Asistente de cuidado	
Constanza Gonzalez	Asistente de cuidado	
Constanza Soto	Asistente de cuidado	
Alicia López	Asistente de cuidado	
Mónica Rivera	Asistente de cuidado	
Patricia Matrínez P	Asistente de cuidado	
Sonora Hites	Asistente de cuidado	
Anais. venimela	Coordinadora SMO	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de casos, Solicitudes de prestaciones.
2	Registro de Atenciones en plataforma Cuideso y Acto Ruzic.





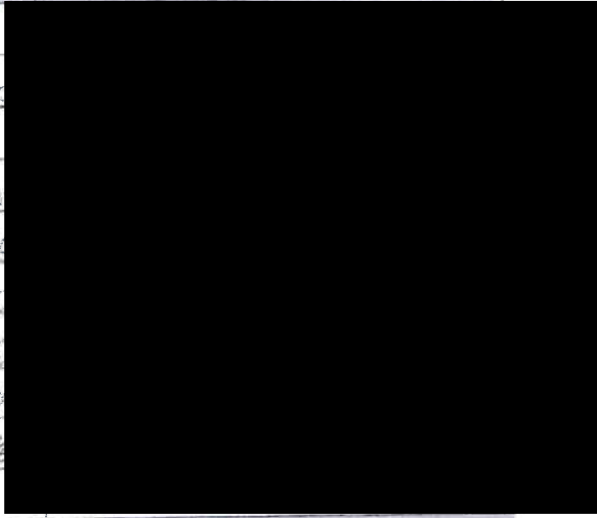
11

PRLAC N° 04.1

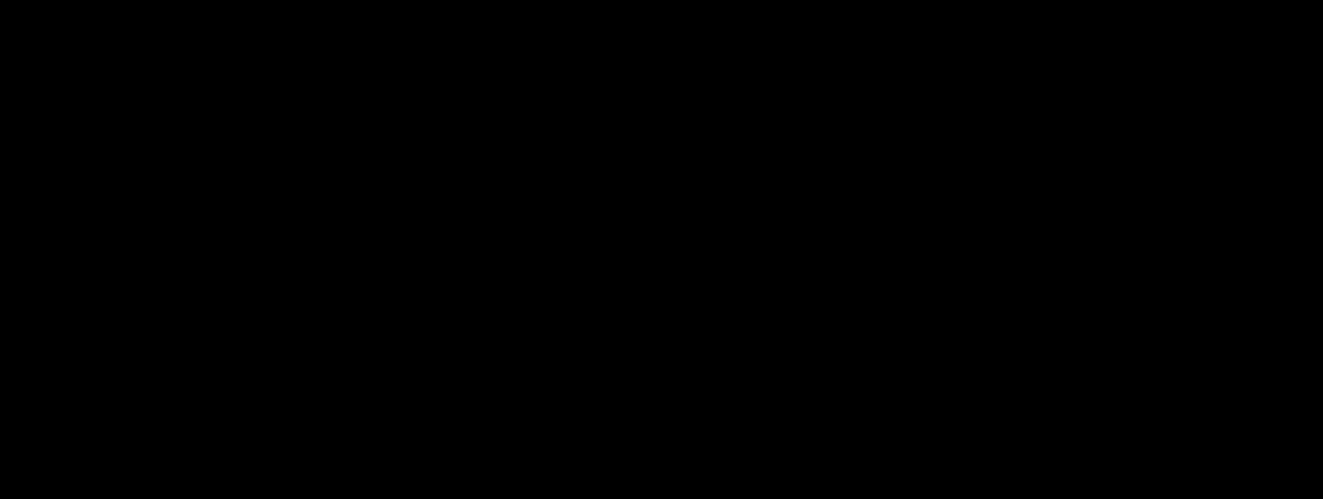
Acta de Reunión

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	[Redacted]
Constanza González	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Constanza Soto	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Diondre LeTno	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Patricio Martínez	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Monice Rivera	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Sahenne Ivatis	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Patricio José González	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Nellen Fuentes	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]



N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de Casos
2	Registro de Atenciones en plataforma muestro y cuida





17

PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Yolanda Truente	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Patricio José Canales	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Anaís Nuñez	Coordinadora SAD	[Redacted]
Monica Rivera	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Yamila Martínez	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Johanna Ruiz	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Constanza Ojeda	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Blanca López	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Constanza Soto	Asistente de Cuidados	[Redacted]

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





13

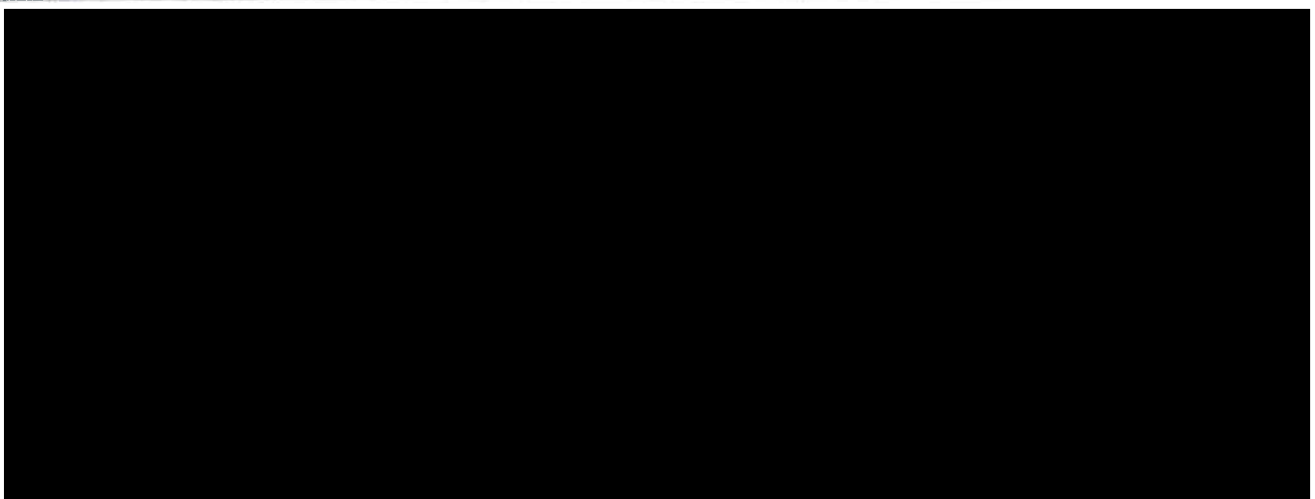
PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

Fecha	20/02/2026
Hora	14:00 a 16:00
Comuna	Podre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Kaplan.

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Contacto electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	
Monica Pavez	Asistente de cuidados	
Patricia Portner	Asistente de cuidados	
Sophene Ruiz	Asistente de cuidados	
Constance Gonzalez	Asistente de cuidados	
Constance Sofo	Asistente de cuidados	
Alondra Leño	Asistente de cuidados	
Rocio Fox Camero	Asistente de cuidados	
Hellen Fuentes	Asistente de cuidados	

N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de casos
2	Exposición de Atenciones en Proximidad Niño y Mujer.



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

14

NOMBRE	
RUT	
ID	

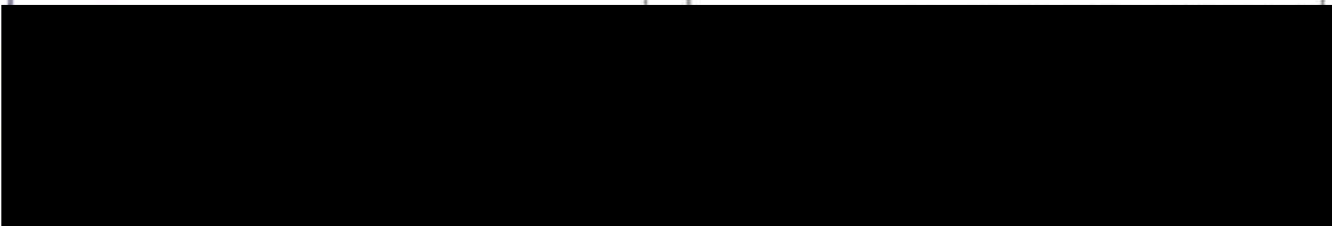
Plan de Apoyo SAD

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 o de interés de la persona, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.

15

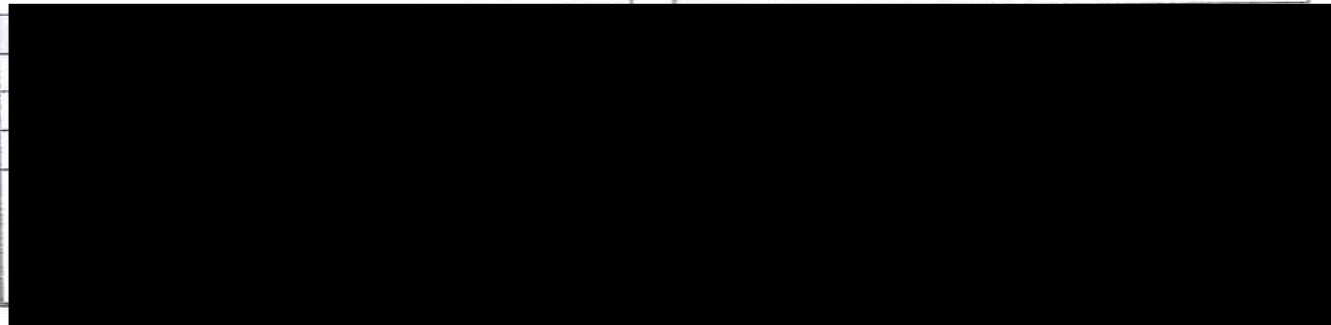
Horario: 9:00 - 13:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/3/2016	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1- 3- 6- 10- 15	
20- 24- 25.	
Observaciones	

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



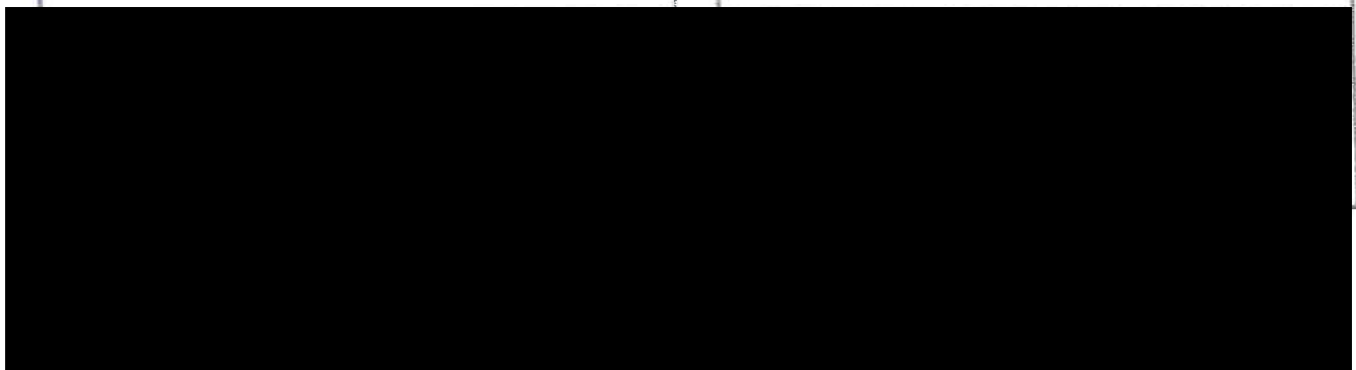
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	

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



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

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



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

16

17

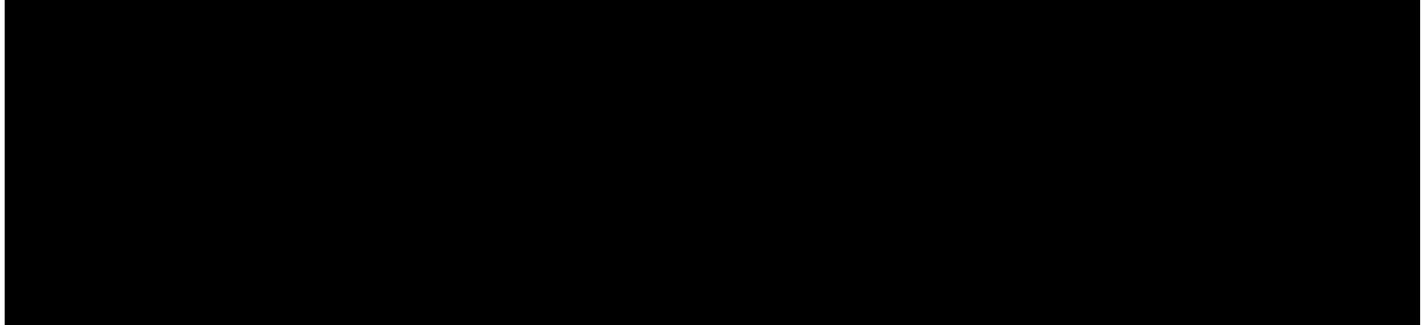
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/2/06	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 4 - 6 - 10 - 11 -	
14 - 15 - 20 - 27 - 28	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/2/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 4 - 6 - 10 - 11 - 14 -	
15 - 20 - 27 - 28	
Observaciones	



Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/3/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 4 - 6 - 10 - 11 -	
14 - 15 - 20 - 27 - 28	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 4/3/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 4 - 6 - 10 - 11 - 14	
15 - 20 - 27 - 28	
Observaciones	



Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/3/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 4 - 6 - 10 - 11 -	
14 - 15 - 20 - 27 - 28	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/3/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 4 - 6 - 10 - 11 - 14	
15 - 20 - 27 - 28	
Observaciones	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

18

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 barrial.

19

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/1/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 5 6 10 15	
14 17 19 27 28	
Observaciones	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 29/1/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 5 6 10 15	
14 17 19 27 28	
Observaciones	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/3/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 0/3/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	

Horario: 13:00 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/3/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 5 6 10 15 14 17	
19 27 28	
Observaciones	

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

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

20

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.

21

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/2/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
5 - 6 - 11 - 14	
15 - 16 - 21 - 22 - 23	
25 - 27 - 28 - 29 - 30	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/2/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
5 - 6 - 11 - 14 - 15 - 16 - 27	
15 - 16 - 21 - 22 - 23 - 25	
27 - 28 - 29 - 30	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 3/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
5 - 6 - 11 - 14 - 15 - 16 - 27	
22 - 23 - 25 - 27 - 28 - 29 - 30	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
5 - 6 - 11 - 14 - 15 - 16 - 27	
15 - 16 - 21 - 22 - 23 - 25	
Observaciones	

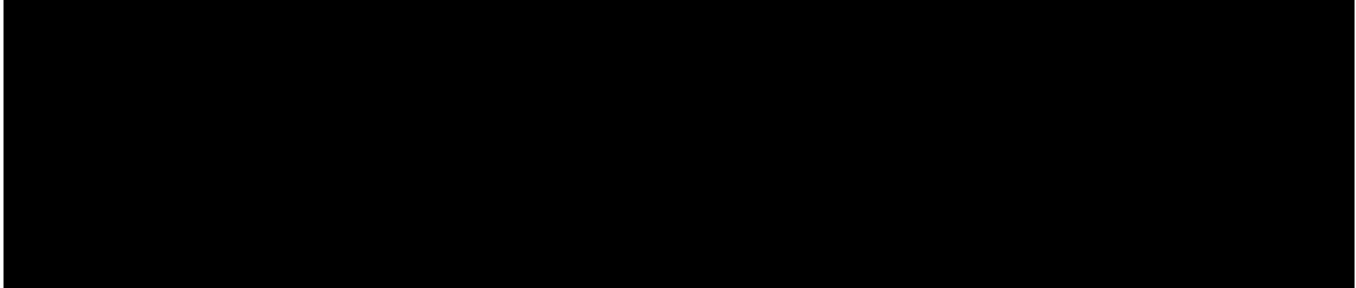
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Humores estable	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Humores triste	
Observaciones	

72

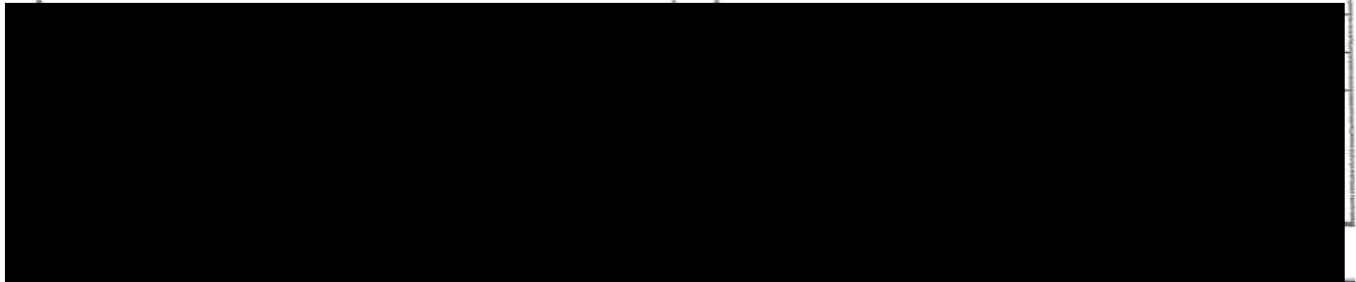
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/3/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
5 - 6 - 11 - 14 - 15 - 16 - 21 - 28 - 29	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/3/2006	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
5 - 6 - 11 - 14 - 15 - 16 - 21 - 29	
Observaciones	



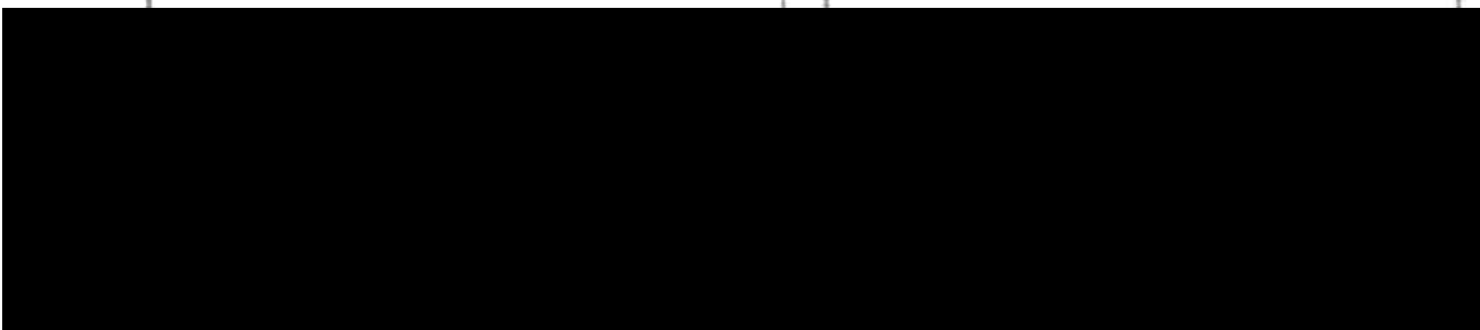
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Observaciones	

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



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

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



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

23

NOMBRE

RUT

ID

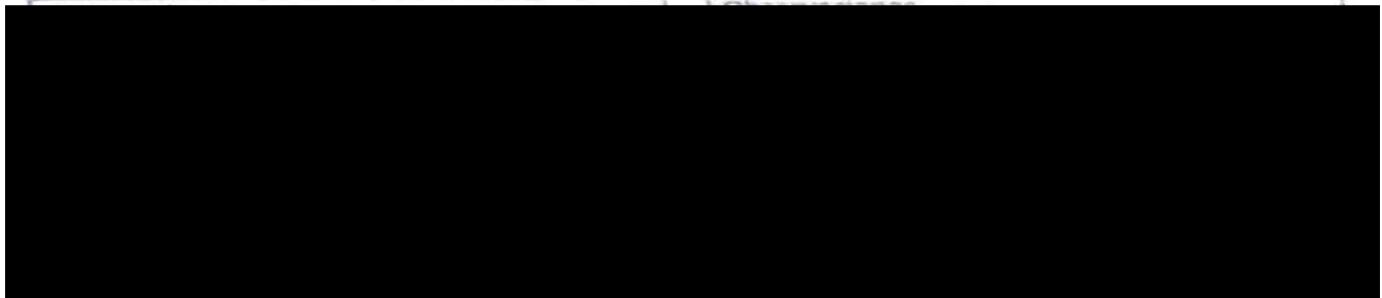
Plan de Apoyo SAD

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.
30. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales

24

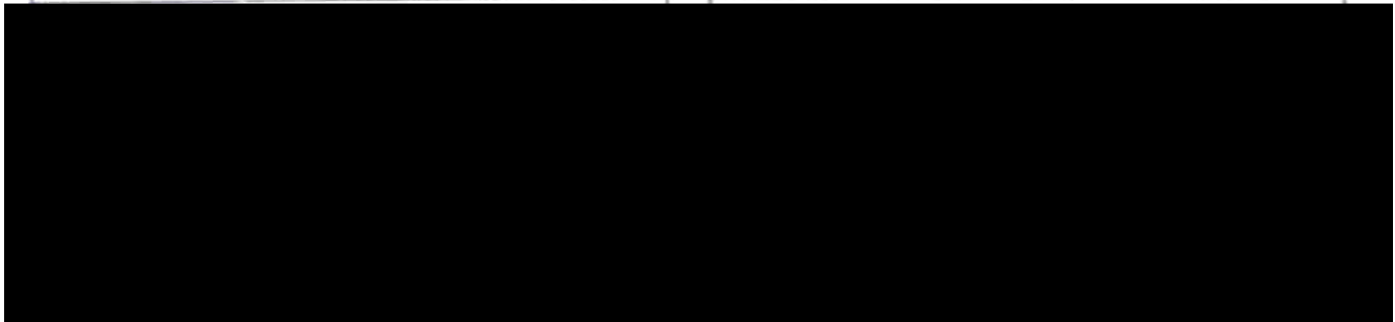
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-2-4-6-10-15	
20-27-28	

Horario: 9:00 - 11:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-2-4-6-10-15	
20-27-28	



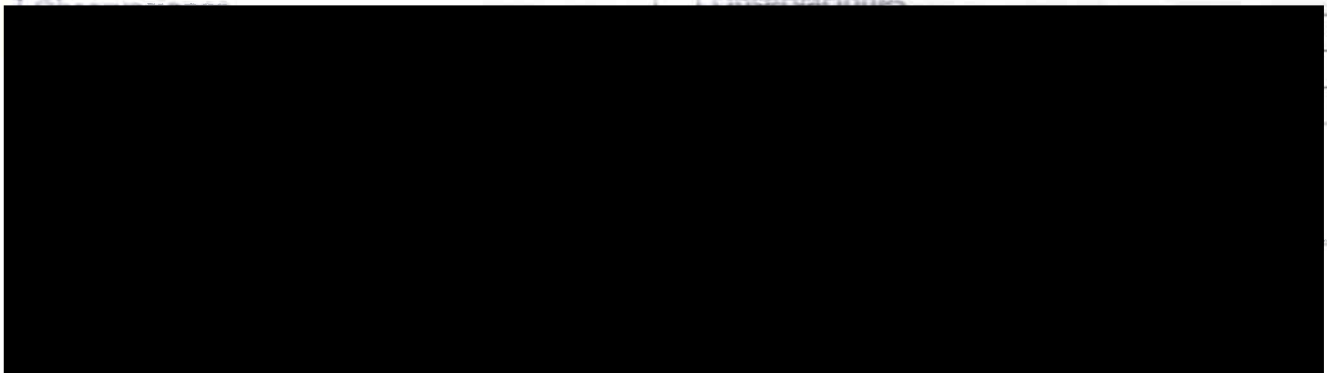
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

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



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

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



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

75

NOMBRE	
RUT	
ID	

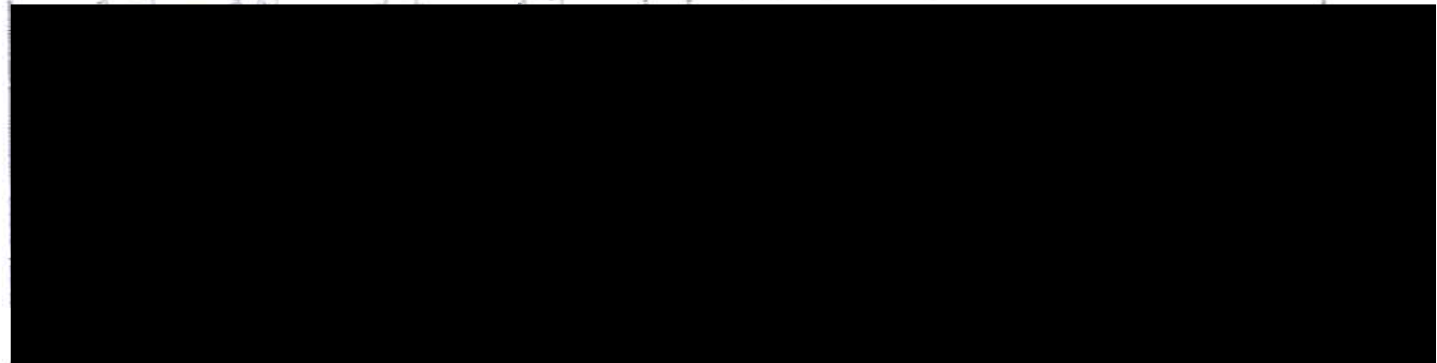
Plan de Apoyo SAD

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 comunitaria.

26

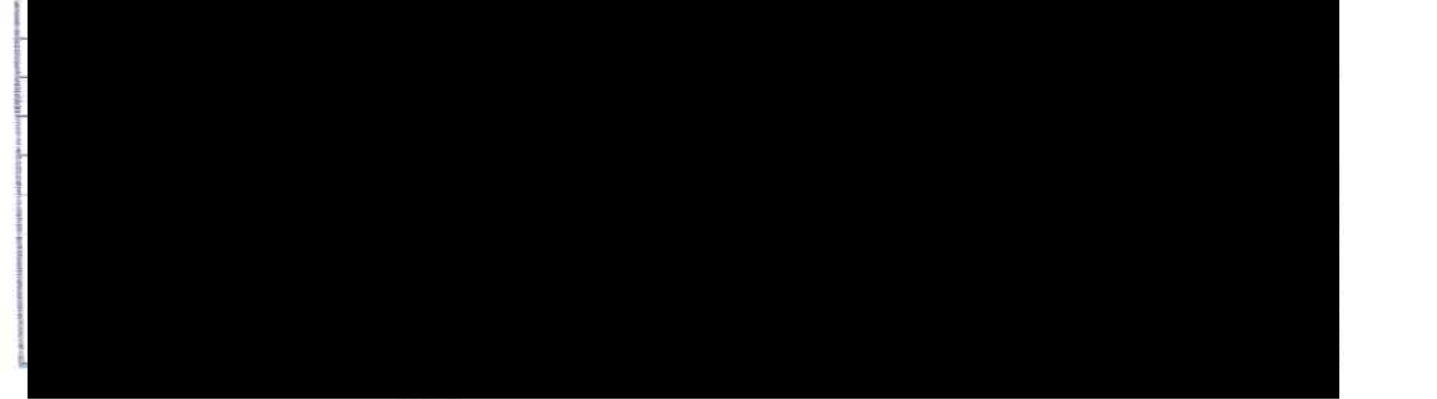
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/02/26	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 6 - 11 - 13	
15 - 16 - 17 - 19	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/02/26	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 6 - 11 - 13 - 15 - 16 - 17	
19 - 28 - 29	



Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 3/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 6 - 11 - 13 - 15 - 16 - 17	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 6 - 11 - 13 - 15 - 16	



Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 6 - 11 - 13 - 15 - 16 - 17	
19 - 28 - 29	

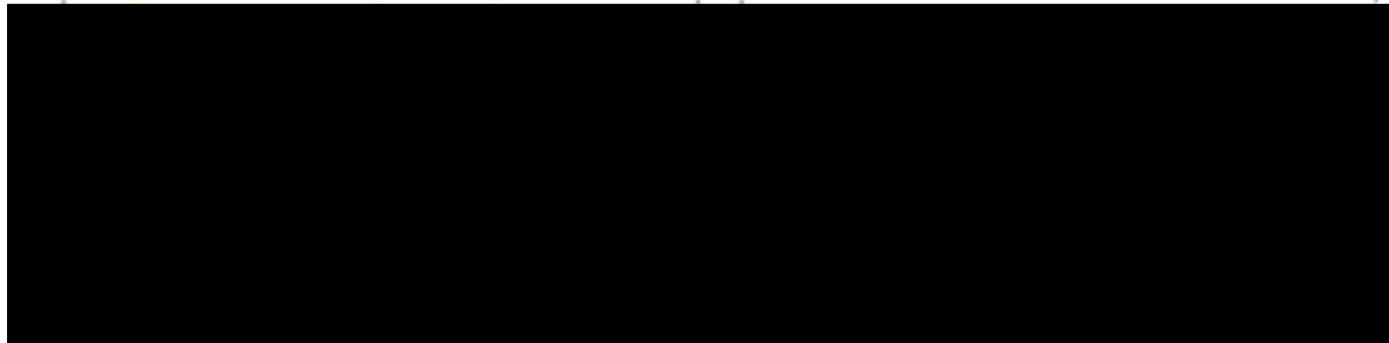
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/3/206	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 6 - 11 - 13 - 15 - 16 - 17	
19 - 28 - 29	



52

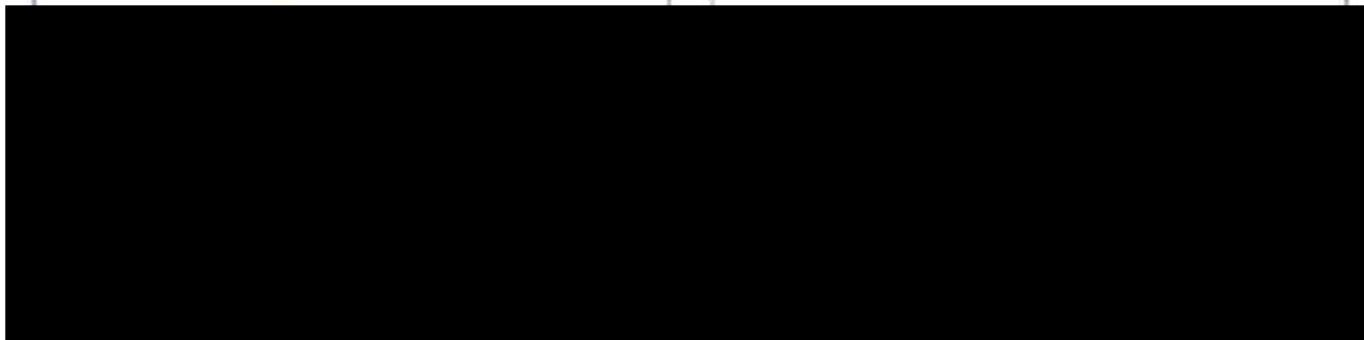
Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/3/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-6-11-13-15	
16-17-19-28-29	

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



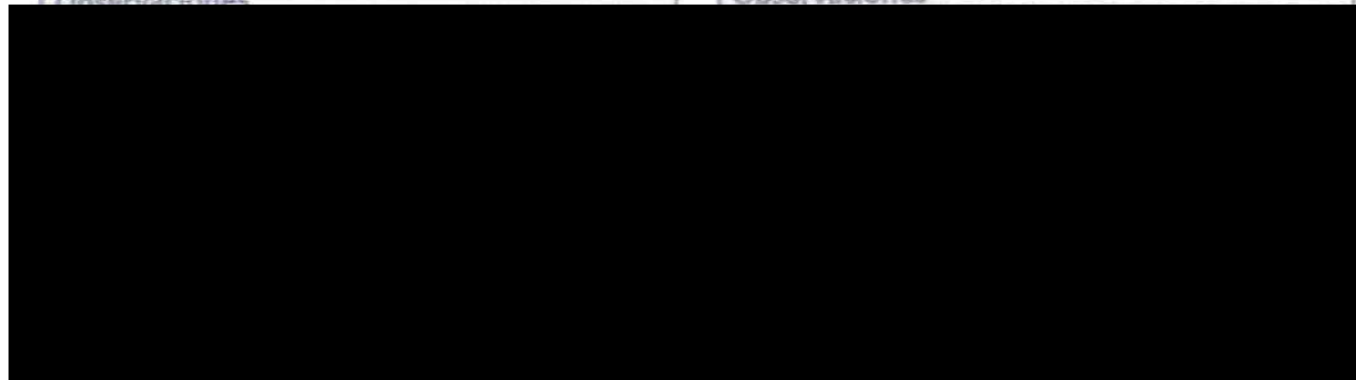
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

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



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

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



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

28

NOMBRE

RUT

ID

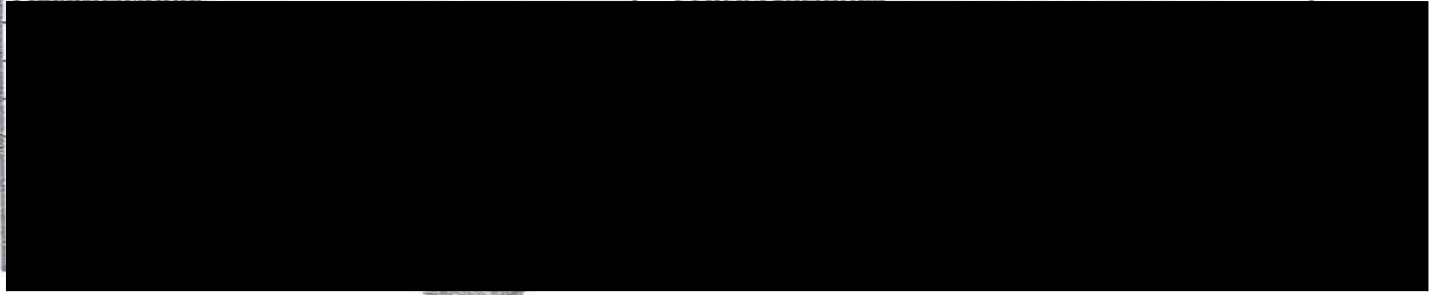
Plan de Apoyo SAE

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

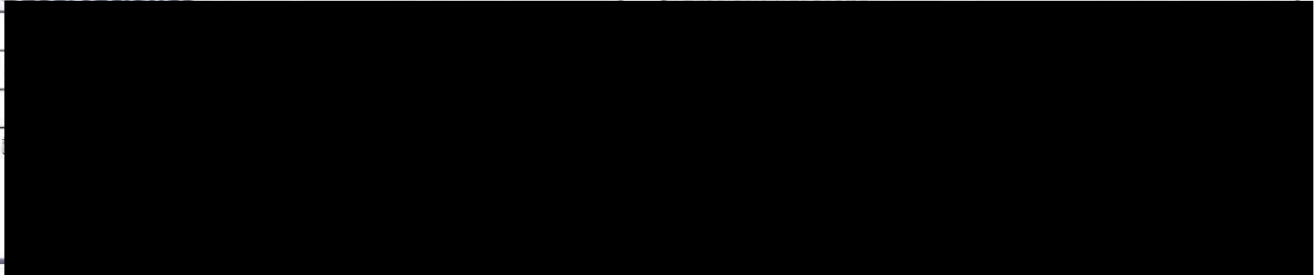
Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/2/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 5 - 6 - 10	
13 - 16 - 17 - 21 - 28	
Observaciones	

Horario: 9:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/3/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 5 - 6 - 10 - 13 - 16	
17 - 21 - 28	
Observaciones	



Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/3/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 5 - 6 - 10 - 13 - 16	
17 - 21 - 28	
Observaciones	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/3/2006	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1 - 5 - 6 - 10 - 13 - 16 - 17	
21 - 28	
Observaciones	



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

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

