



Informe de pago mensual

Funcionario: Constanza Soto Ramírez



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

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

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

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

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

A. Higiene personal y cuidado corporal

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



- Lubricación y cuidado de la piel.

- Prevención de lesiones por presión.
- Peinado, maquillaje, afeitado y depilación.
- Apoyo a la vestimenta.

B. Eliminación y control de esfínteres

- Apoyo a la micción y defecación.
- Uso de chata o urinario.

C. Movilidad y funcionalidad

- Apoyo en transferencias.
- Manejo postural.
- Prevención de caídas.
- Ejercicios físicos.
- Ejercicios respiratorios y de relajación.

D. Estimulación y apoyo psicosocial

- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.
- Apoyo en actividades significativas de la vida diaria.
- Acompañamiento en actividades recreativas, culturales, religiosas o de interés personal que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.

E. Apoyo en salud y tratamientos

- Organización de medicamentos prescritos.
- Apoyo en la correcta administración de medicamentos.
- Apoyo en controles y gestiones de salud.

F. Alimentación

- Manipulación y preparación de alimentos.
- Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos según nivel de dependencia.

G. Apoyo domiciliario

- Limpieza y mantención de los espacios donde habita la persona en situación de dependencia.
- Orden de la cama y cambio de ropa de cama.

H. Apoyo en gestión y redes

- Acompañamiento para trámites, gestiones y uso de servicios sociales y de salud.

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

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

Durante el mes de 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 febrero participó en la feria familiar expo OTAGAMER 28-02-2026





DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario

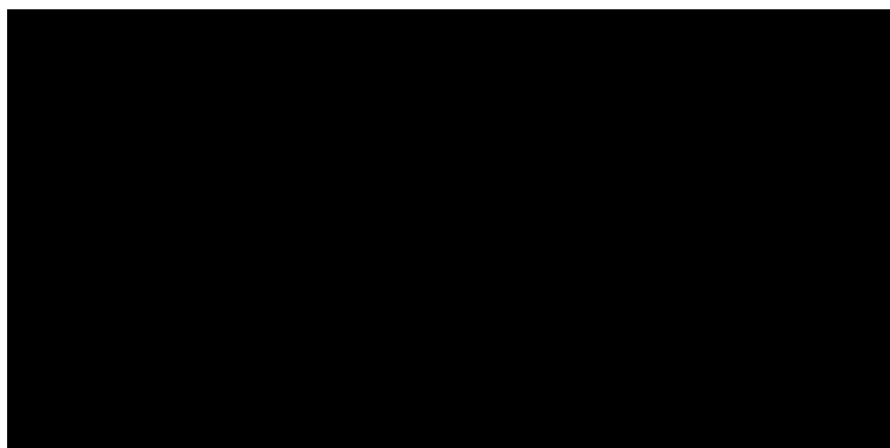


Calendario de febrero, adjuntó hojas de asistencia.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	24 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00	25 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Trabajo Administrativo 13:15 a 17:00	26 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	27 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
2 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	3 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00	4 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00	5 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	6 Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00
9 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	10 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00	11 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00	12 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	13 Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00
16 Eduardo Quintana 9:00 a 12:45 Benjamin Arriaza 13:15 a 17:00	17 Nancy Lagos 9:00 a 12:45 Laura Alfaro 13:15 a 17:00	18 Adela Ayala 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00	19 Miguel Fuentes 9:00 a 12:45 Jose Angulo 13:15 a 17:00	20 Trabajo Administrativo 9:00 a 12:45 Reunión de equipo 14:00 a 16:00





Red Local de Apoyos y Cuidados

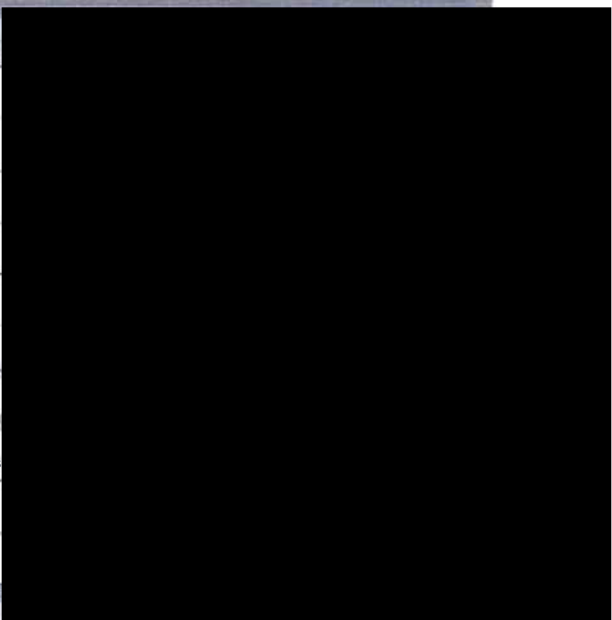
Chile Cuida

PRLAC N° 04.1

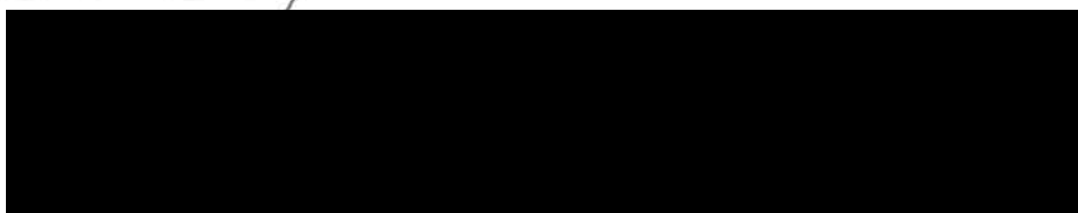
Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa
Maria José Canales Peña	Asistente de Cuidado
Hellen Rentes	Asistente de Cuidado
Constanza González / Constanza Solo	Asistente de Cuidado
Alondra Talpa	Asistente de Cuidados
Mónica Rivera	Asistente de Cuidado
Johanna Martínez	Asistente de Cuidado
Patricia Martínez R.	Asistente de Cuidado
Anaís Mawenete	Coordinadora SMO



N°	Temas a tratar en reunión





PRLAC N° 04.1

Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anais Navarrete	Coordinadora SAD	[Redacted]
Constanza González	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Constanza Soto	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Alondro LeTno	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Patricio Martínez	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Monice Ruero	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Solenne Ivitis	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Patricio José Camarino	Asistente de Cuidados	[Redacted]
Nellen Fuentes	Asistente de Cuidados	[Redacted]



N°	Temas a tratar en reunión
1	Gestión de Casos
2	Registro de Atenciones en plataforma midesra y notiz.





PRLAC N°04.1

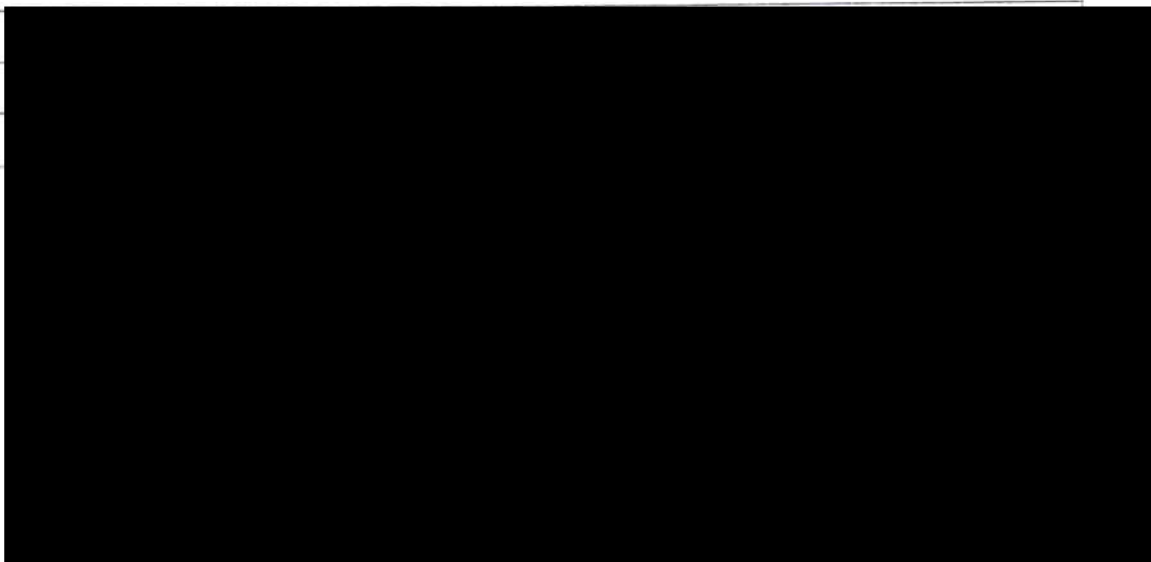
Acta de Reunión

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

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Patricio Fuentes	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Patricio José Caceres	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Anais Novemete	Coordinadora SAD	[Redacted]
Monica Rivera	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Patricio Martinez	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Johanna Ruiz	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Constanza Ojeda	Asistente de Ciudadanos	[Redacted]
Blanca Lopez	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.





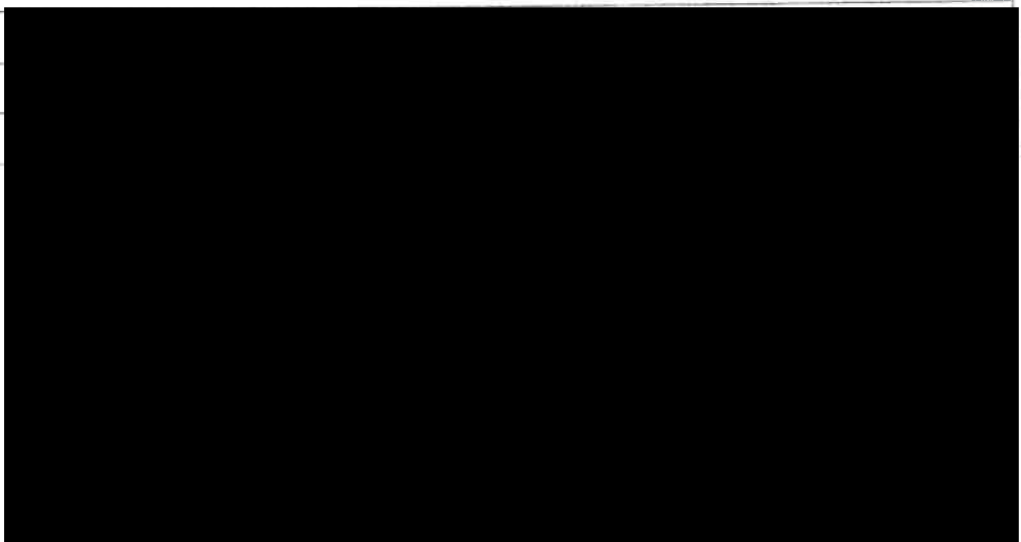
PRLAC N° 04.1

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 SAO	
Monica Ruess	Asistente de cuidados	
Petronie Rosner	Asistente de cuidados	
Sophene Ruiz	Asistente de cuidados	
Constance Gonzalez	Asistente de cuidados	
Constance Soto	Asistente de cuidados	
Alondre Lejano	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	Exposición de Atenciones en Prehospitalario Médico y Matriz.



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

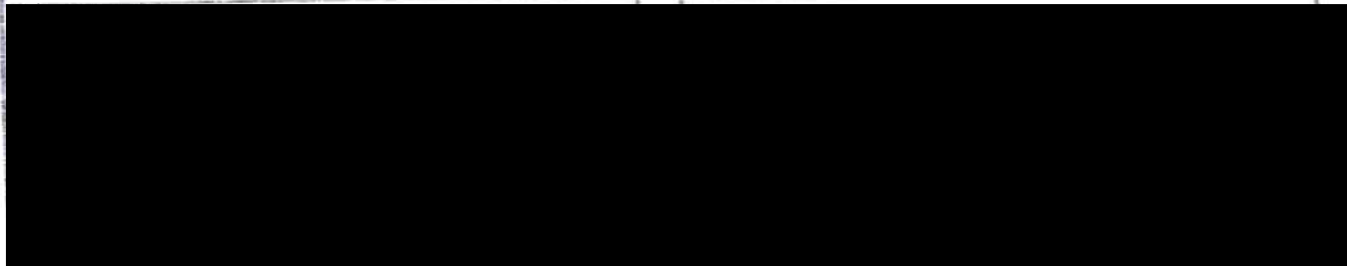
NOMBRE	Constanza Soto
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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 [REDACTED]
- o de inter [REDACTED]
- barrial.
30. Apoyo y [REDACTED]
- y de salud.

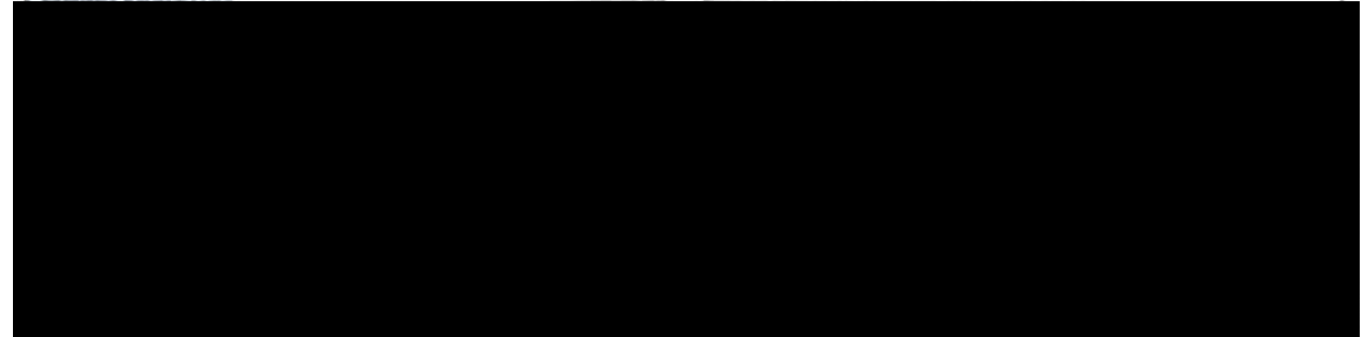
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/02/2026	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Trabajo Administrativo en plataforma	
Observaciones	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/02/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
Trabajo administrativo en plataforma	
Observaciones	



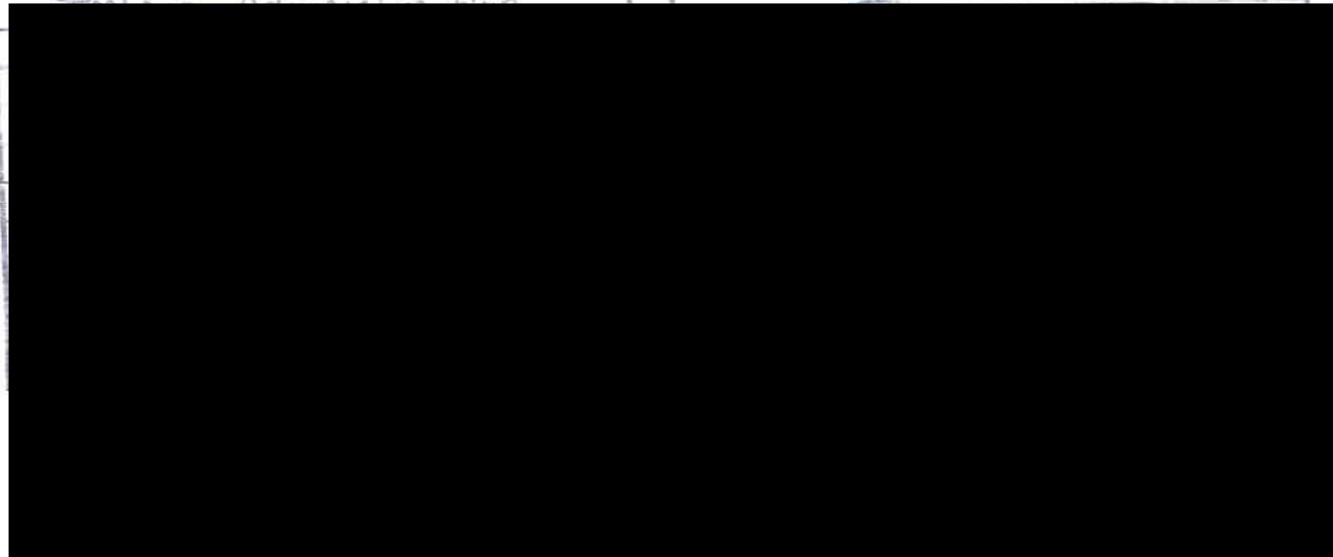
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 03/2026	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
Trabajo administrativo en plataforma	
Observaciones	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 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"/>	
SAD Actividades	
Trabajo administrativo en plataforma	
Observaciones	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: 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"/>	
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

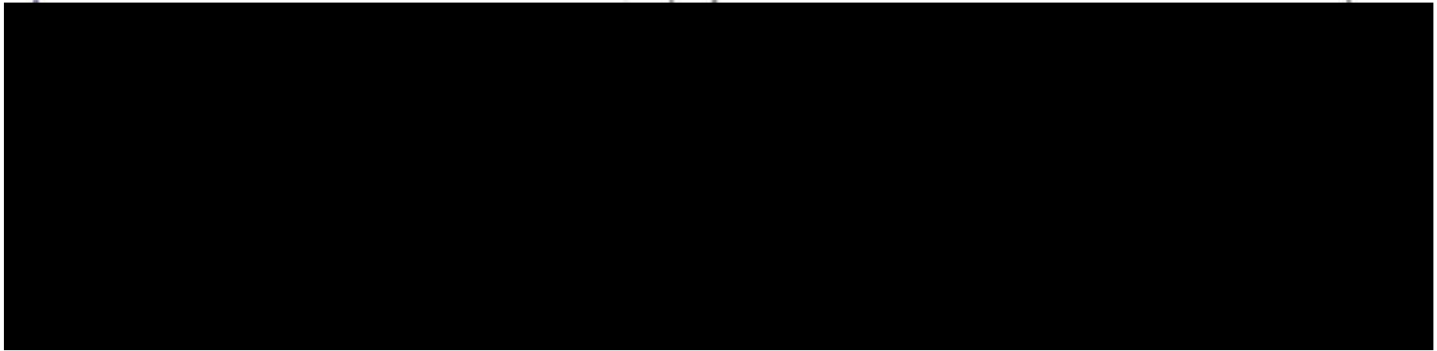
NOMBRE	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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. Corta 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
28. Orde
29. Apoy
- o de in
- barrial
30. Apoy
- y de sa

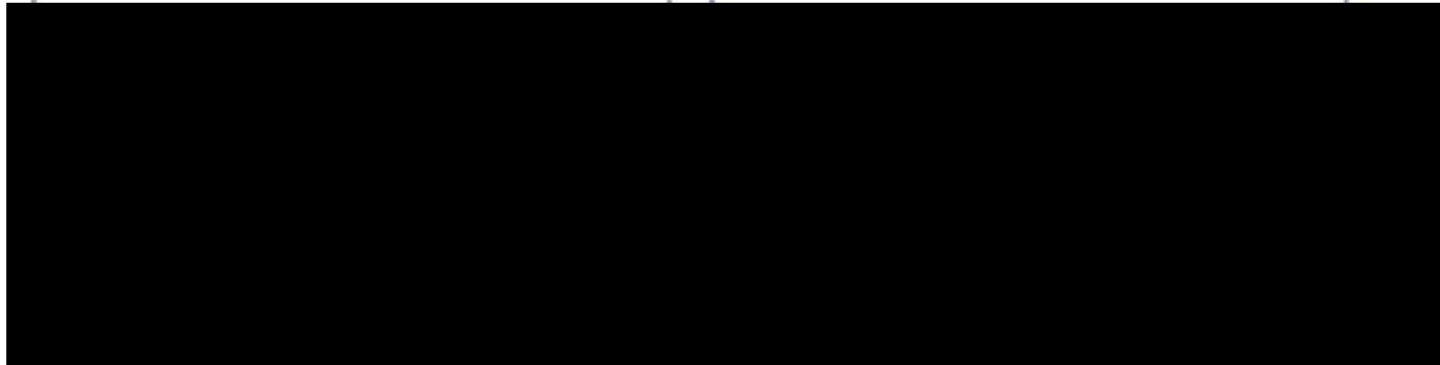
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/02/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 22 - 24 - 26 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 4/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 22 - 24 - 26 - 28	



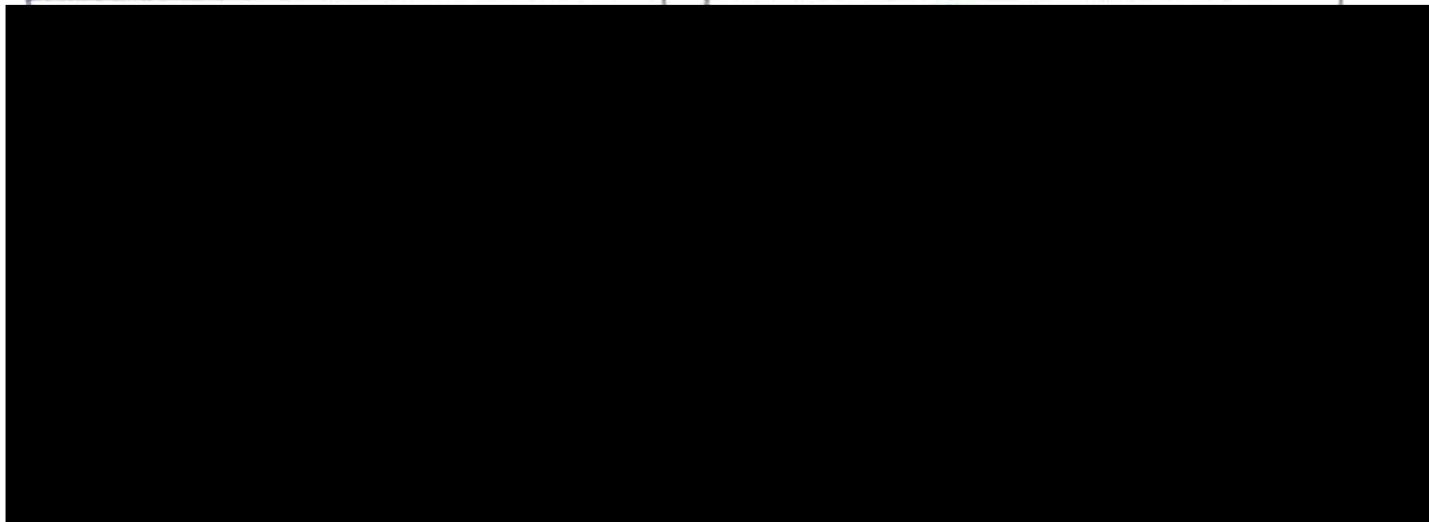
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/03/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 22 - 24 - 26 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2 - 3 - 5 - 7 - 10 - 11 - 13	
15 - 22 - 24 - 26 - 28	

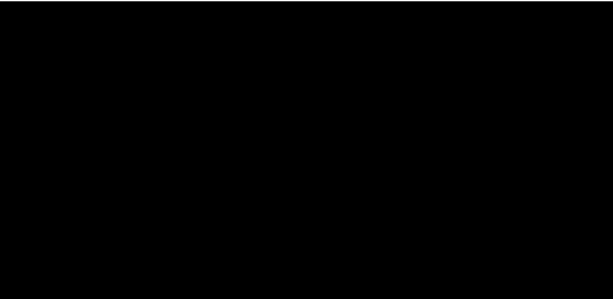


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

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	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	
RUT	
ID	

Plan de Apoyo S.A.D

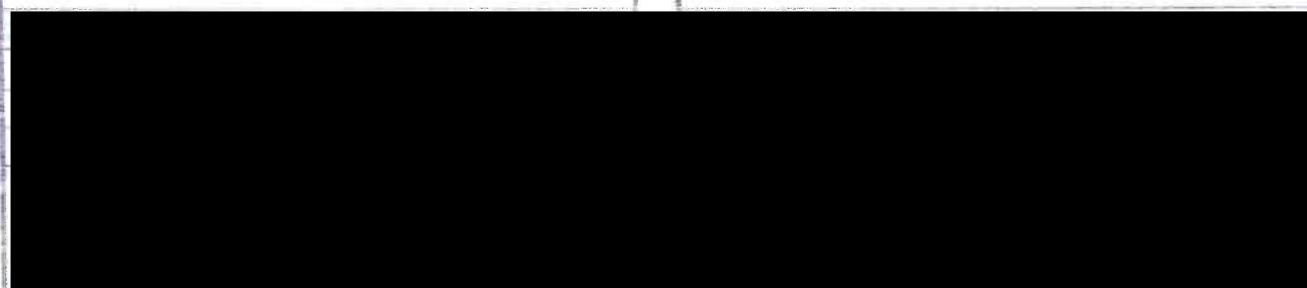
1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación.
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado 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.
 28.
 29.
 30.
 y



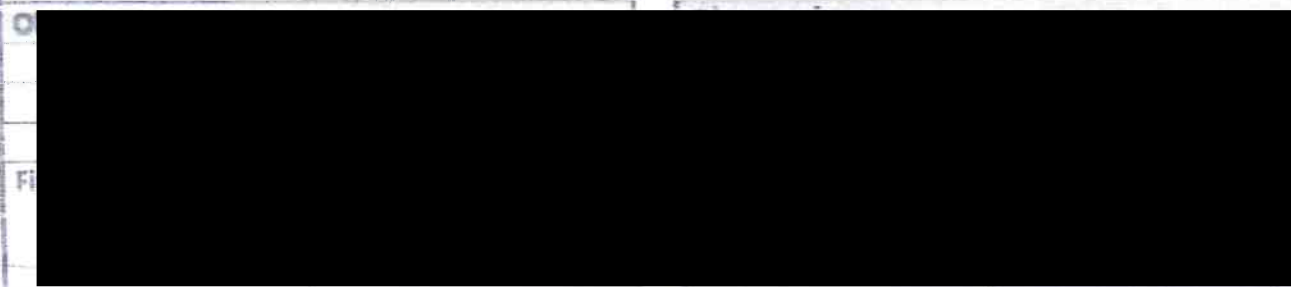
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/07/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-2-5-7-10-11-15	
19-21-22-25-26	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/07/2026	
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	
1-2-5-7-10-11-15-19	
21-22-25-26	



Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/07/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
1-2-5-7-10-11-15-19	
21-22-25-26	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 16/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
1-2-5-7-10-11-15-19	
21-22-25-26	



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	



20

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

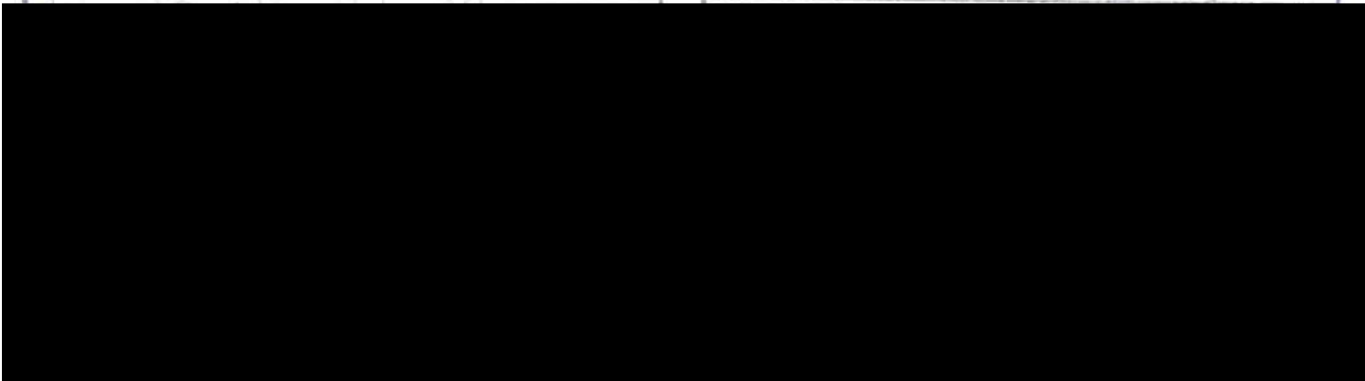
NOMBRE	Edmundo Araya
RUT	[REDACTED]
ID	[REDACTED]

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
29. Apoyo
o de int
barrial.
30. Apoyo
y de sal

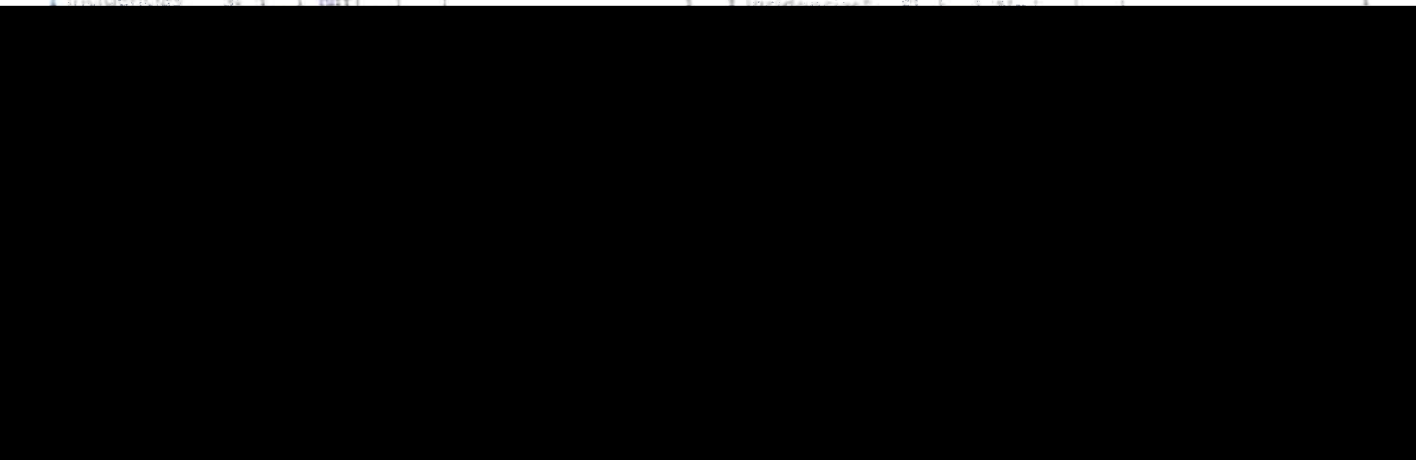
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 22/02/2024	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-13-21	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/02/2024	
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	
2-3-5-7-10-11-13-21	



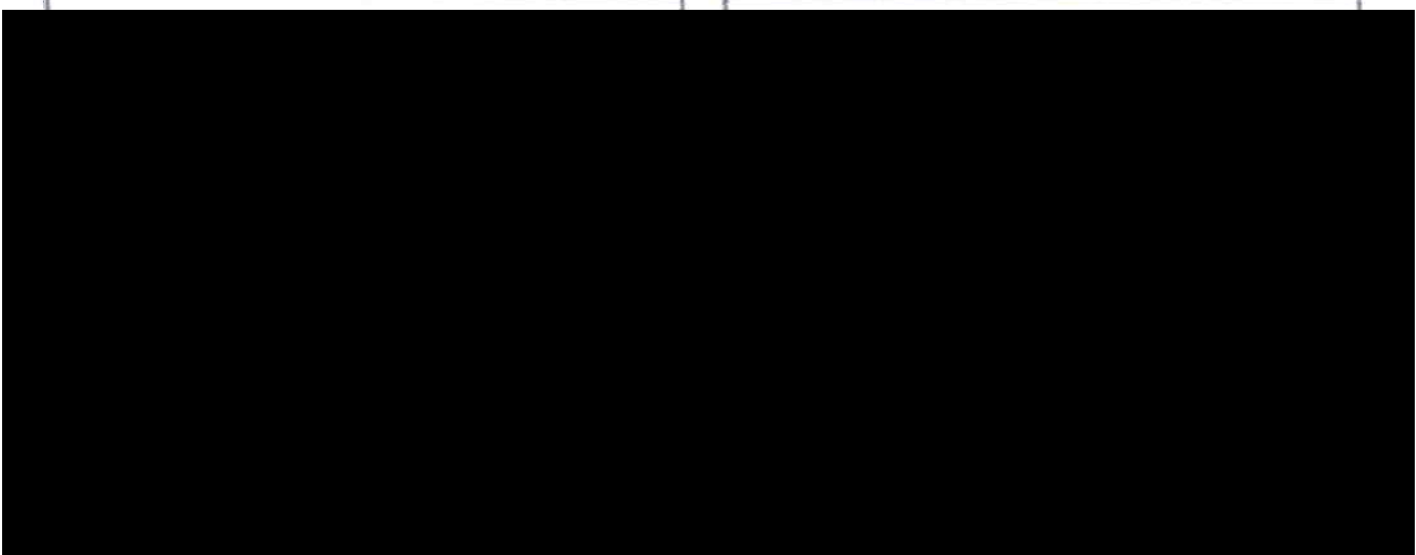
Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 01/03/2024	
Realizado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 06/03/2024	
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"/>	

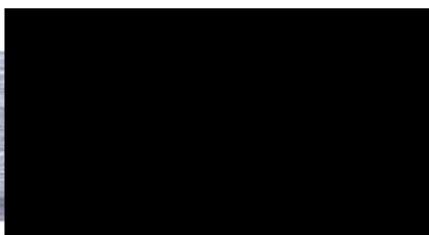


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	

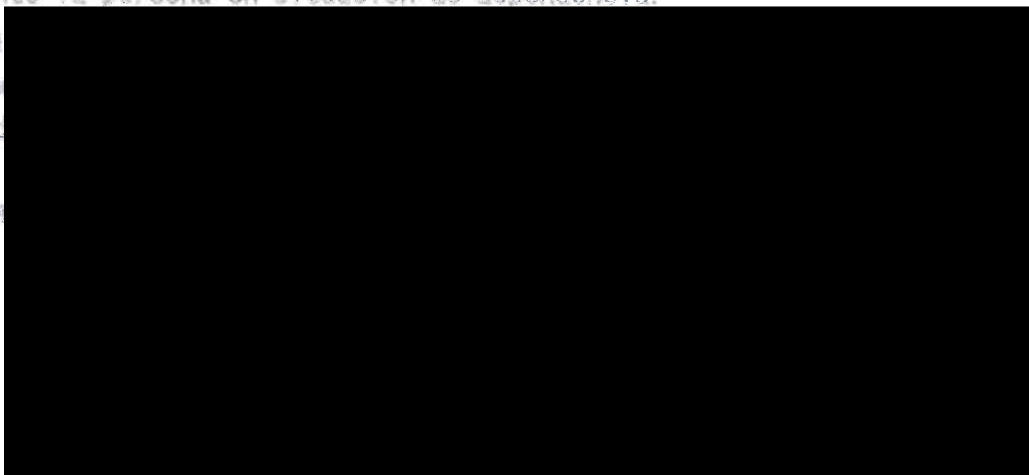
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
SAD Actividades	



Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

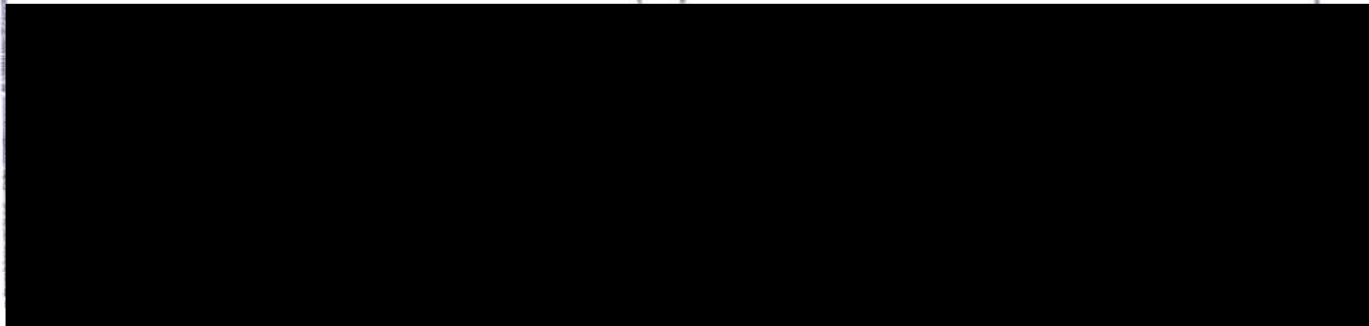
NOMBRE	
RUT	
ID	

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 
29. Apoyo o acompañamiento en actividades de interés comunitario o barrial.
30. Apoyo y acompañamiento en actividades de salud.

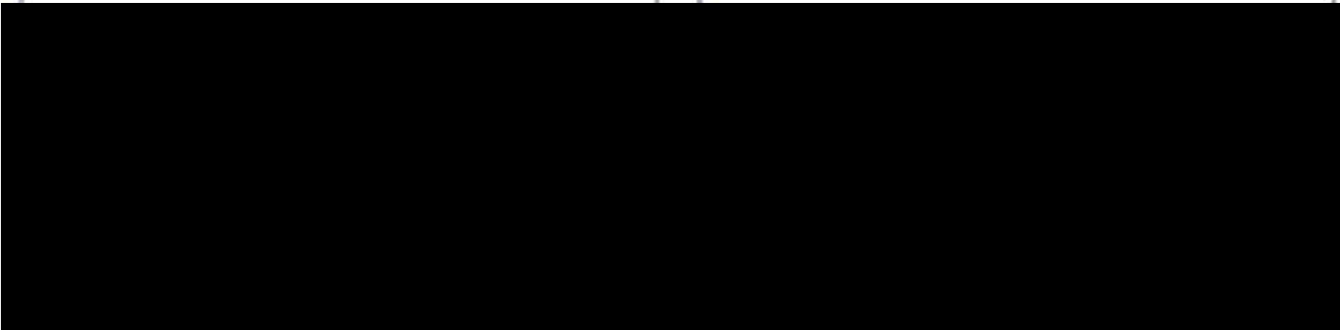
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/02/2026	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-2-5-7-11-13-15-16	
19-21-22-28	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/2/26	
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	
1-2-5-7-11-13-15-16	
19-21-22-28	



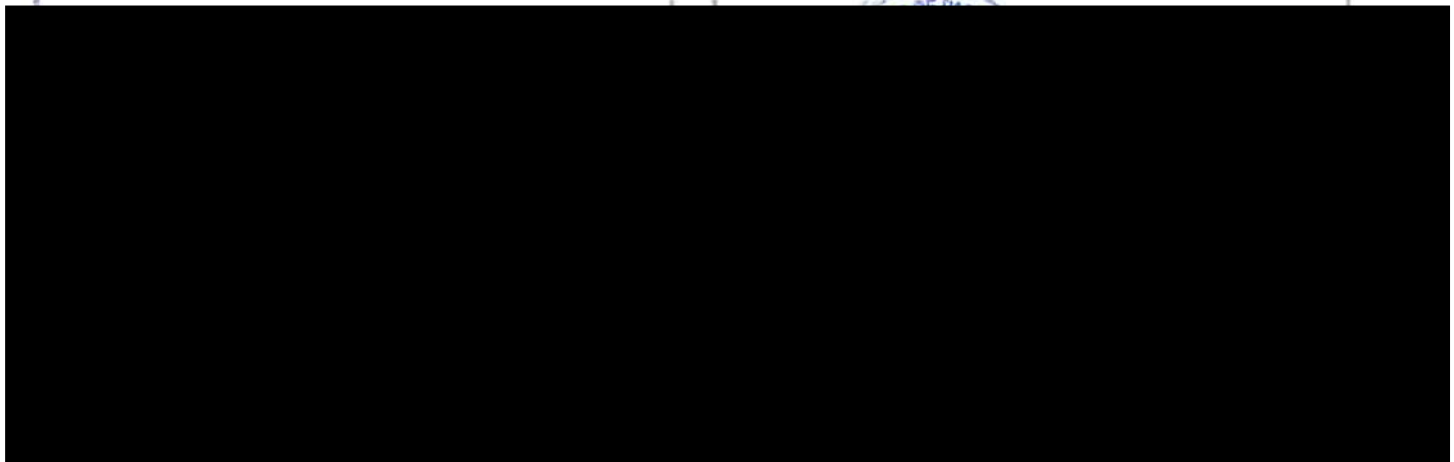
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/3 2026	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
1-2-5-7-11-13-15-16	
19-21-22-28	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
1-2-5-7-11-13-15-16	
19-21-22-28	



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	



24

Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

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

Plan de Apoyo SAD

1. Daño/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 acompañar a la persona en actividades o de interés de la comunidad.
30. Apoyo y acompañar a la persona en actividades y de salud.

26

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 24/02/2026	
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	
2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15 - 22	
26 - 27 - 28	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 3/3/2026	
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	
2 - 5 - 7 - 10 - 11 - 15 - 22	
26 - 27 - 28	



Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/3/2026	
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	

Horario: 09:00 - 12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/3/2026	
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	




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	

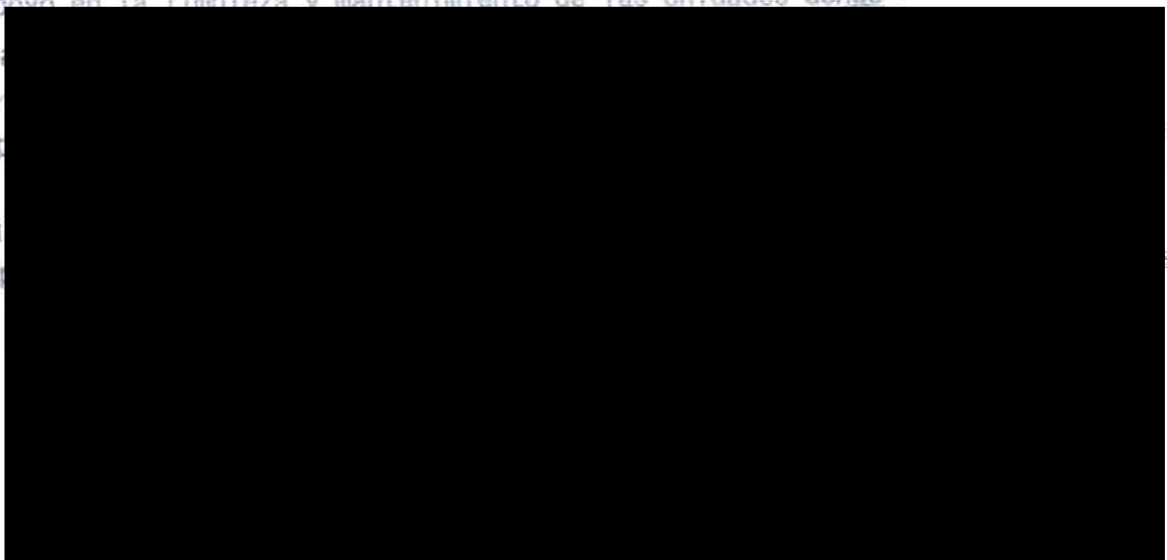


Datos Persona en Situación de Dependencia Funcional

NOMBRE	
RUT	
ID	

Plan de Apoyo SRS

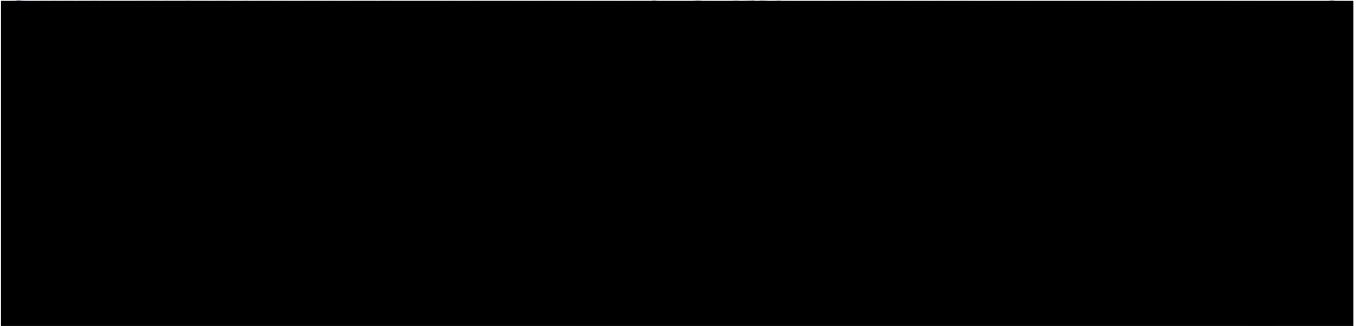
1. Baño/ducha.
2. Aseo corporal
3. Lavado de cabello en cama.
4. Aseo dental y bucal.
5. Higiene de los pies.
6. Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.
7. Aseo genital.
8. Apoyo a la micción y defecación
9. Uso de la chata o urinario.
10. Cambio de pañal.
11. Lubricación y cuidado 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.
28. O...
29. Ap... s y
- o de
- barril
30. Ap... s
- y de



28

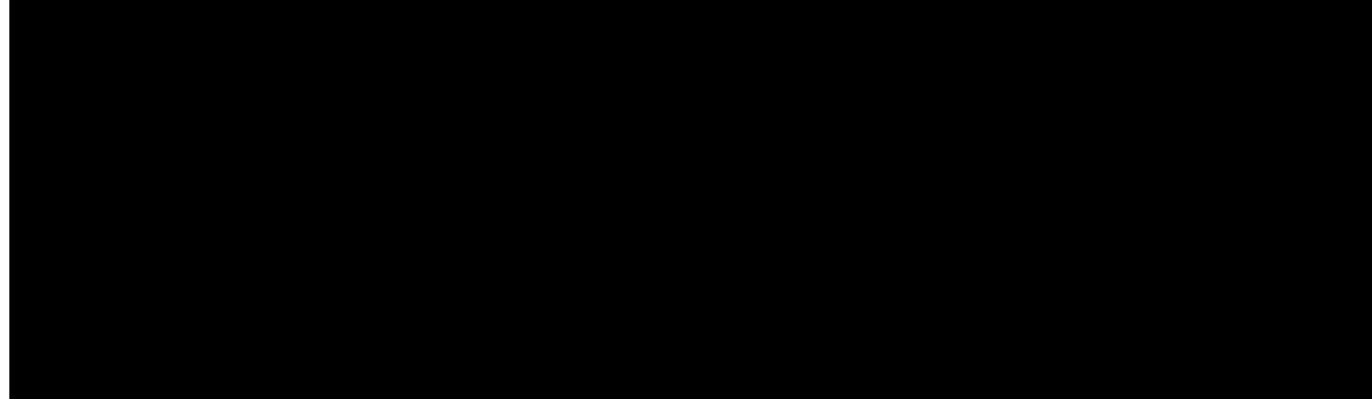
Horario: 08:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/02/2026	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-15	
16-19-22-24-25-26	
27-28	

Horario: 08:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/10/2026	
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	
2-3-5-7-10-11-15-16	
19-22-24-25-26-27	
28	



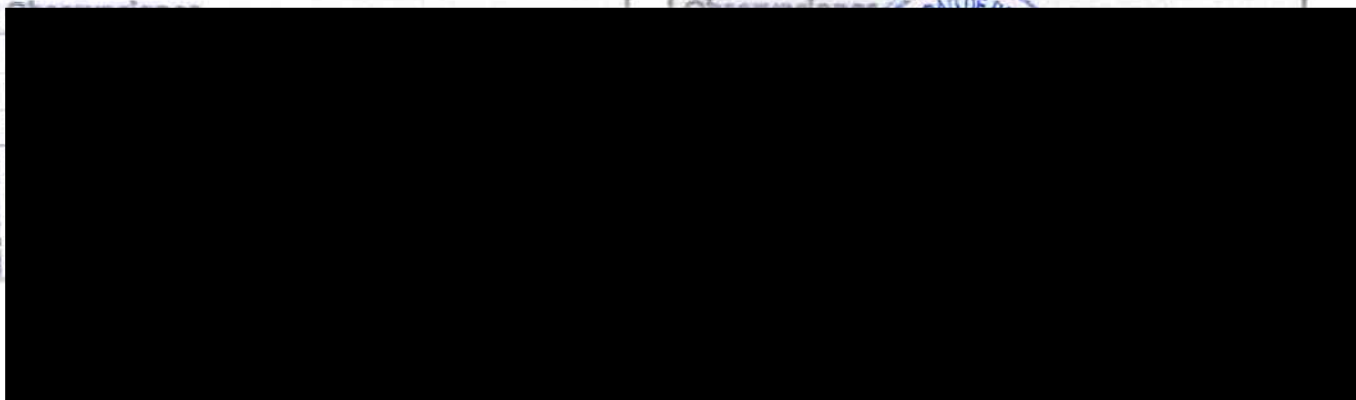
Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/03/2026	
Realizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-15-16	

Horario: 09:00-12:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/03/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-11-15-16	



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

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 en las creencias culturales, religiosas
30. Apoyo en las barreras físicas y de comunicación

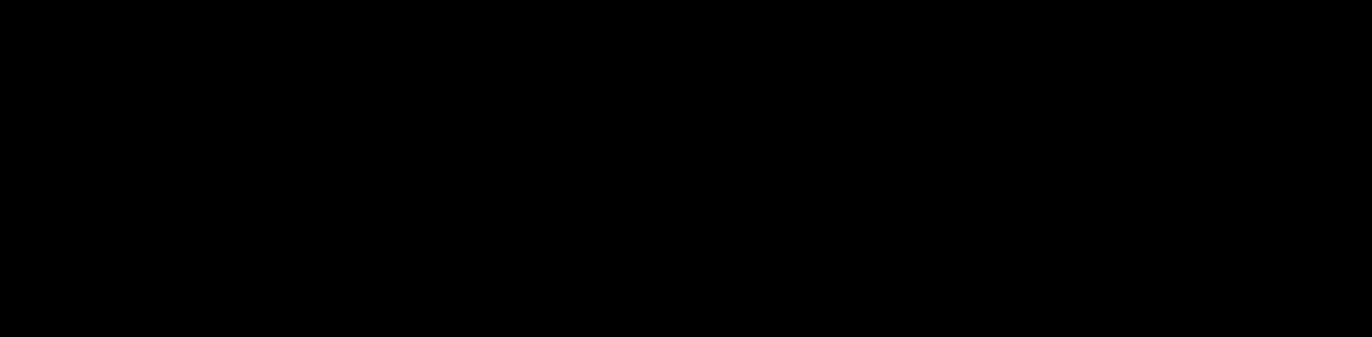
Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/12/2026	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-15-20	

Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/3/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-15-20	



Horario: 13:15 - 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/09/2026	
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"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-15-20	

Horario: 13:15 - 17:00	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 type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
SAD Actividades	
2-3-5-7-10-15-20	
22-24-28	



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	
Observaciones	

