



# **PROTOCOLO DE APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)**



COLEGIO TÉCNICO  
**SAN ALFONSO**

**COMPLEJO EDUCACIONAL SAN ALFONSO  
2026**



## 1. Fundamento normativo

Este protocolo se elabora en cumplimiento de lo establecido en:

- Artículo 11 de la **Ley General de Educación (LGE)**.
- **Ley N° 20.422** sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.
- **Decreto N° 170/2009** del Ministerio de Educación.
- **Ley N° 21.109** sobre Estatuto de los Asistentes de la Educación.
- **Circular N° 586/2023** de la Superintendencia de Educación.
- **Ley N° 21.545/2023**, sobre promoción de la inclusión y atención integral de estudiantes con Trastorno del Espectro Autista.

El protocolo tiene como propósito **regular la solicitud, evaluación, implementación y seguimiento de los apoyos en Actividades de la Vida Diaria (AVD)** requeridos por estudiantes que, debido a una discapacidad, condición médica o necesidad educativa especial permanente o transitoria, precisan asistencia durante la jornada escolar.

## 2. Definición

Se entiende por **Actividades de la Vida Diaria (AVD)** aquellas acciones necesarias para la participación plena del estudiante en la jornada escolar, tales como:

- Adaptación al contexto y rutina escolar.
- Movilidad, posicionamiento y desplazamiento.
- Alimentación.
- Higiene personal.
- Uso del tiempo de recreación.

## 3. Objetivos

- Garantizar el **derecho a la educación inclusiva, digna y sin discriminación**.
- Asegurar el **bienestar, seguridad y participación activa** de los estudiantes que requieran apoyos.
- Establecer procedimientos claros y transparentes para la gestión de estos apoyos.



- Resguardar el rol pedagógico y formativo del equipo educativo, evitando la sobre asistencia y promoviendo la autonomía progresiva del estudiante.

#### **4. Ámbito de aplicación**

Este protocolo aplica a todos los **niveles y modalidades educativas** del establecimiento, abarcando a estudiantes que:

- 1) Presenten **discapacidad o dependencia parcial/total**.
- 2) Requieran apoyo en AVD de manera **temporal o permanente**.
  - Sean parte o no del **Programa de Integración Escolar (PIE)**.

#### **5. Procedimiento general**

##### **5.1. Solicitud**

La solicitud de apoyo en AVD podrá realizarse:

1. Por parte del **padre, madre, apoderado/a o tutor/a legal**, mediante carta o formulario dirigido a la Dirección del establecimiento.
2. Por iniciativa del **equipo del establecimiento o profesionales del establecimiento**, cuando se detecte la necesidad.

##### **5.2. Documentación requerida**

Debe adjuntarse:

- Informe médico o diagnóstico que sustente la necesidad del apoyo.
- Certificados o antecedentes del PIE, si corresponde.
- Consentimiento informado firmado por la familia.

##### **5.3. Evaluación**

- **Equipo de Convivencia Escolar y/o Equipo PIE, Equipo de gestión**, junto a la Dirección, evaluarán la pertinencia del apoyo solicitado.
- La decisión se registrará por escrito, especificando tipo de apoyo, responsables, horarios y condiciones.
- El apoyo se llevará a cabo dentro de las dependencias del establecimiento educacional.

##### **5.4. Implementación**



- La Dirección gestionará la asignación del asistente técnico idóneo, conforme a la normativa vigente, cuando sea pertinente.
- El equipo de aula coordinará la planificación, seguimiento y comunicación con la familia.
- Los procedimientos se realizarán en espacios adecuados, higiénicos y seguros, resguardando la privacidad y dignidad del estudiante.
- En caso de ser necesario que el apoderado se acerque al establecimiento para realizar alguno de estos procedimientos, se le proporcionará un espacio apropiado que garantice condiciones de comodidad, privacidad y respeto.

### 5.5. Seguimiento

- Se llevará un **registro formal** de los apoyos brindados, firmado por el asistente.
- El protocolo será **evaluado anualmente** y actualizado según las necesidades del establecimiento o cambios normativos.

## 6. Responsabilidades

### a) Equipo directivo

- Asegurar el cumplimiento del presente protocolo.
- Gestionar recursos humanos y materiales necesarios.
- Supervisar la implementación y mantener los registros respectivos.

### b) Equipo PIE / Equipo Docente/ Equipo Convivencia Escolar

- 1) Identificar necesidades y coordinar apoyos.
- 2) Monitorear el impacto de las acciones y promover la autonomía del estudiante.

### c) Asistentes técnicos de la educación

- 1) Realizar las acciones de apoyo definidas, respetando las normas de seguridad, confidencialidad y ética profesional.
- 2) Reportar incidencias o cambios relevantes al equipo de aula.

### d) Familia o apoderado/a

- 1) Entregar los insumos o implementos personales necesarios.
- 2) Firmar el consentimiento informado y colaborar activamente en la comunicación con el establecimiento.



## **7. Confidencialidad y resguardo de la información**

Toda información relacionada con los apoyos en AVD será tratada con **estricta confidencialidad**, conforme a la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y demás normativa vigente.

## **8. Vigencia y revisión**

Este protocolo entrará en vigencia una vez aprobado por el Consejo Escolar y será revisado anualmente por el equipo directivo, PIE y representantes del Consejo de Convivencia Escolar.



Anexo 1

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

### 1. Antecedentes del estudiante

| <b>Campo</b>   | <b>Información</b>                                      |
|--|---|
| Nombre completo del estudiante                               |   |
| RUT  |   |
| Fecha de nacimiento  |   |
| Curso / Nivel  |   |
| Profesor(a) jefe   |   |
| Programa de Integración Escolar (PIE)                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tipo de necesidad o condición diagnosticada (si corresponde) |   |
| Diagnóstico o informe médico (adjuntar copia)                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

### 2. Antecedentes del apoderado/a solicitante

| <b>Campo</b>                 | <b>Información</b> |
|------------------------------|--------------------|
| Nombre completo              |                    |
| RUT                          |                    |
| Parentesco con el estudiante |                    |
| Teléfono de contacto         |                    |
| Correo electrónico           |                    |



| Campo     | Información |
|-----------|-------------|
| Dirección |             |

### 3. Motivo de la solicitud

Describa brevemente la situación que origina la solicitud de apoyo en Actividades de la Vida Diaria (AVD), indicando las dificultades observadas y el tipo de apoyo requerido (por ejemplo: apoyo en alimentación, desplazamiento, higiene, adaptación, entre otros).

#### Descripción:

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4. Tipo de apoyo requerido

(Seleccione las opciones que correspondan)

| Tipo de apoyo                           | Requiere   | Observaciones |
|---|--|---------------|
| Apoyo en alimentación                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |
| Apoyo en higiene personal               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |
| Apoyo en movilidad o desplazamiento     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |
| Apoyo en adaptación a rutinas escolares | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |



| Tipo de apoyo  | Requiere   | Observaciones |
|--|--|---------------|
| Apoyo durante recreos o actividades extraprogramáticas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |
| Otro (especificar): _____                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |

### 5. Documentación adjunta

| Documento                                 | Adjunta  | Observaciones |
|---|--|---------------|
| Informe médico o diagnóstico profesional  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |
| Certificado PIE o informe psicopedagógico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |
| Otros antecedentes relevantes             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/><br>No |               |

### 6. Compromiso y consentimiento

Declaro que la información entregada es veraz y autorizo al establecimiento a gestionar y evaluar esta solicitud de apoyo, conforme al Protocolo de AVD vigente, resguardando la confidencialidad de los antecedentes entregados.

**Firma apoderado/a solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 7. Uso interno del establecimiento

| Etapa                     | Responsable                | Fecha | Observaciones |
|---------------------------|----------------------------|-------|---------------|
| Recepción de la solicitud | Dirección /<br>Inspectoría |       |               |



| <b>Etapa</b>                        | <b>Responsable</b>           | <b>Fecha</b> | <b>Observaciones</b> |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------|----------------------|
| Evaluación del caso                 | Equipo PIE / aula            |              |                      |
| Resolución y tipo de apoyo aprobado | Dirección                    |              |                      |
| Asignación de asistente técnico     | Dirección / Coordinación PIE |              |                      |
| Seguimiento y revisión              | Equipo PIE                   |              |                      |

**Nombre y Firma Responsable 1:** \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Responsable 2:** \_\_\_\_\_

Anexo 2

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Apoyo en Actividades de la Vida Diaria (AVD)

### **1. Antecedentes**

El presente documento tiene por finalidad **autorizar al establecimiento educacional** para brindar apoyo al estudiante en las **Actividades de la Vida Diaria (AVD)** que resulten necesarias para su participación y bienestar durante la jornada escolar, conforme a lo establecido en el **Protocolo de Apoyo en AVD** del establecimiento y la normativa vigente (Ley 20.422, Decreto 170/2009, Ley 21.545, entre otras).

### **2. Identificación del estudiante**



| <b>Campo</b>                   | <b>Información</b> |
|--------------------------------|--------------------|
| Nombre completo del estudiante |                    |
| RUT                            |                    |
| Fecha de nacimiento            |                    |
| Curso / Nivel                  |                    |
| Profesor(a) jefe               |                    |

### **3. Naturaleza del apoyo**

Declaro haber sido informado/a y comprendido/a respecto a que el apoyo solicitado se orienta a **facilitar la participación y seguridad del estudiante** en el entorno escolar, pudiendo incluir, según necesidad evaluada:

- Asistencia en desplazamiento o movilidad.
- Apoyo en alimentación o uso de utensilios.
- Acompañamiento en rutinas de higiene o autocuidado.
- Supervisión o acompañamiento en recreos o actividades escolares.
- Adaptación o acompañamiento en rutinas y dinámicas escolares.

El apoyo será prestado por personal del establecimiento (asistente técnico de la educación u otro funcionario designado), bajo **supervisión del equipo directivo y del Programa de Integración Escolar (PIE)**, en condiciones que **resguarden la privacidad, dignidad y confidencialidad del estudiante**.

### **4. Compromisos de las partes**

**El establecimiento educacional se compromete a:**

- Garantizar que los apoyos sean brindados por personal capacitado y debidamente instruido.
- Resguardar la confidencialidad de la información médica y personal del estudiante.
- Promover la autonomía progresiva del estudiante en las AVD.



### **La familia o apoderado/a se compromete a:**

- Entregar información veraz y actualizada sobre la condición o necesidades del estudiante.
- Aportar los implementos personales que sean requeridos para la ejecución del apoyo (si corresponde).
- Mantener comunicación constante con el equipo educativo y PIE.

### **5. Consentimiento**

Declaro que he recibido información suficiente sobre la naturaleza, finalidad y alcance del apoyo solicitado, comprendo en qué consiste y **autorizo expresamente** al establecimiento **Complejo Educacional San Alfonso** para implementar las medidas de apoyo necesarias en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de mi representado(a), de acuerdo con las evaluaciones y lineamientos institucionales.

Asimismo, autorizo al establecimiento a **utilizar y resguardar la información personal y médica** del estudiante exclusivamente para fines pedagógicos y de apoyo educativo, conforme a la **Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada**.

### **6. Firmas**

#### **Apoderado/a o tutor/a legal**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **Director(a) del establecimiento**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **Coordinador(a) PIE / Encargado(a) de Inclusión**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Anexo 3

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE SOLICITUD DE APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)**

**Complejo Educacional San Alfonso  
RBD 25.136-4**

**1. Antecedentes del estudiante**

| <b>Campo</b>                          | <b>Información</b>                                      |
|---------------------------------------|---|
| <b>Nombre completo del estudiante</b> |   |
| <b>RUT</b>                            |   |
| <b>Curso / Nivel</b>                  |   |
| <b>Profesor(a) jefe</b>               |   |
| <b>Programa PIE</b>                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Fecha de solicitud de apoyo</b>    |   |
| <b>Nº de ingreso de solicitud</b>     |   |

**2. Equipo evaluador**



| <b>Cargo / Función</b>                     | <b>Nombre</b> | <b>Firma</b> |
|--|---------------|--------------|
| Director(a) / Subdirector(a)               |               |              |
| Coordinador(a) PIE                         |               |              |
| Profesor(a) jefe                           |               |              |
| Psicólogo(a) / Trabajador(a) social        |               |              |
| Otro profesional o asistente (especificar) |               |              |

### **3. Documentación revisada**

- Informe médico o diagnóstico profesional
- Certificado o antecedentes PIE
- Consentimiento informado firmado por la familia
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

### **4. Análisis del equipo**

Describa brevemente los antecedentes relevantes que fundamentan la solicitud, observaciones del equipo y evaluación de pertinencia del apoyo solicitado.

#### **Síntesis de la evaluación:**

---

---

---

---

### **5. Resolución de evaluación**



| Ítem  | Descripción  |
|---|--|
| <b>Tipo de apoyo aprobado</b>                     | <input type="checkbox"/> Alimentación<br><input type="checkbox"/> Higiene personal<br><input type="checkbox"/> Movilidad / desplazamiento<br><input type="checkbox"/> Adaptación / rutinas escolares<br><input type="checkbox"/> Recreación / actividades extraprogramáticas<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Responsable(s) designado(s)</b>                |  |
| <b>Horario o momentos de apoyo</b>                |  |
| <b>Espacio físico donde se realizará el apoyo</b> |  |
| <b>Implementos o materiales requeridos</b>        |  |
| <b>Observaciones adicionales</b>                  |  |
| <b>Modalidad del apoyo</b>                        | <input type="checkbox"/> Permanente<br><input type="checkbox"/> Temporal (desde // ____ hasta // ____)   |

## 6. Seguimiento y revisión



| Fecha de revisión | Responsable | Observaciones |
|-------------------|-------------|---------------|
|                   |             |               |
|                   |             |               |

### 7. Decisión final

- Aprobada la implementación del apoyo en AVD  
 No aprobada (justificar): \_\_\_\_\_

**Firma Director(a):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 8. Comunicación a la familia

La decisión fue informada al apoderado/a en fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Entrevista presencial  
 Comunicación escrita  
 Otro medio: \_\_\_\_\_

**Firma apoderado/a:** \_\_\_\_\_

**Firma Coordinador(a) PIE:** \_\_\_\_\_