



INFORME DE PAGO MENSUAL

03

Funcionaria: Marcia Isabel Bahamondes Lizama.

Cargo: Coordinadora Servicios Especializados del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, SNAC, Padre Hurtado.

Mes correspondiente: Mayo 2025

De acuerdo con la gestión encargada mediante contrato de honorarios suscrito con la Municipalidad de Padre Hurtado - Dirección de DIDECO se ha encomendado los siguientes cometidos para el año 2025:

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Coordinar, gestionar y liderar el proceso de adquisición y contratación de servicios especializados (servicios y especies).
- Administrar, gestionar y monitorear la entrega de servicios y especies.
- Implementar el Servicio Especializado, de acuerdo a sus orientaciones técnicas.
- Realizar el proceso de supervisión y aplicación de encuestas de satisfacción a beneficiarios/as.
- Apoyar en la elaboración del plan de cuidados de la diada y seguimiento a la trayectoria de los hogares.
- **Coordinar, gestionar y liderar el proceso de adquisición y contratación de servicios especializados (servicios y especies).**

Servicios Especializados (SS.EE.) desde el año 2024 cuenta con los siguientes profesionales: Sebastián Hotz Psicólogo; Monserrat Abailay Terapeuta Ocupacional; Camilo Donaire Kinesiólogo; Patricia Martínez Podóloga y especialista en Terapias complementarias; y en el año 2025 se incorpora Hellen Fuentes técnico en enfermería.

- **Administrar, gestionar y monitorear la entrega de servicios y especies.**

Se realiza entrega de kit de cuidado personal (Pañales y sábanas) y entrega de alimentación suplementaria de acuerdo con las necesidades manifestadas por los usuarios. Se adjunta acta de entrega de insumos.

La información es ingresada en plataforma Red Local de Apoyos y Cuidados de Mideso, de acuerdo con los nuevos antecedentes se ejecuta según horario acordado por el equipo y la diada intervenida para entregar el servicio disponible de SSEE.

- **Implementar el Servicio Especializado, de acuerdo a sus orientaciones técnicas.**

Se coordina y planifica las visitas a nuevos ingresos al programa se crea nueva ruta por segmentación geográfica y horarios de disponibilidad de la diada.

Se entregó material impreso con el cual se trabajó en conjunto con asistentes de cuidados y los usuarios y/o cuidadores.



- Realizar el proceso de supervisión y aplicación de encuestas de satisfacción a beneficiarios/as.

04

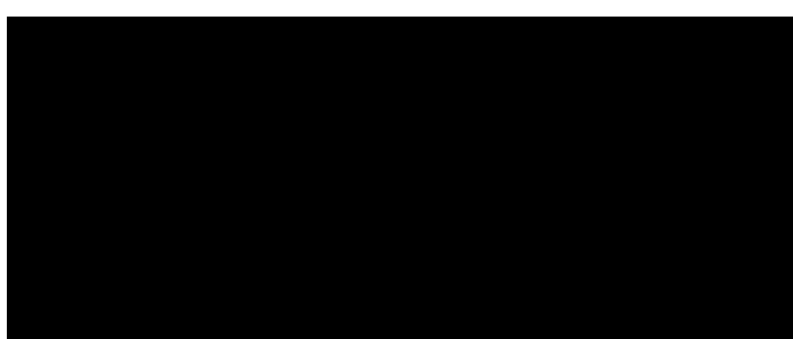
Se realiza cometido, de acuerdo al cronograma correspondiente al informe técnico, cumpliendo con los requerimientos y fechas establecidas por las orientaciones técnicas entregadas por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Se adjuntan documentos.

- Apoyar en la elaboración del plan de cuidados de la diada y seguimiento a la trayectoria de los hogares.

Se realizan visitas de seguimiento en los hogares se recopilo información y posteriormente se ingresaron los datos recopilados en la plataforma de MIDESO.

✓

Plataforma Sistema Red Local de Apoyos y Cuidados



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 16/05/2025

Hora: 13³⁰ - 17⁰⁰

Cultura: Padre Hostado

Lugar de realización: Oficina Chaplan

Participantes:



05

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Anaís Navarrete	Coordinadora SMO	
Johanne Ruiz	AC	
Patricia Martínez	AC y psicólogo	
Norma Rivera	AC	
Belen Lizama	A.C.	
Constanza Soto	AC	
Diana José Cancino	AC	
Alfonso Iepri	A.C.	
Helén Fuentes	TENS	
Carola Dezaire	Kinesiólogo	
Scheshen Hotz	Psicólogo	
Rosemar Aballoy	T.O	
Patricia Behavender	Coordinadora SSEE	
Christopher Morales	Gestor comunitario	

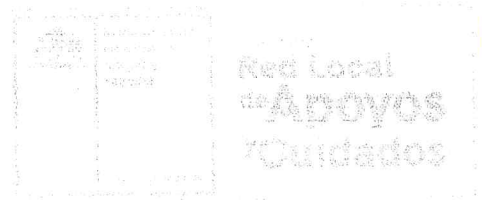
N°	Temas a tratar en reunión
1	Entrega de Informes de pago
2	Solicitudes de Insurmas para trabajo
3	Actualización de casos en los hogares
4	Se entrega información sobre protocolo de violencia de género
5	Solicitudes de Ayuda Técnica para usuarios

Desarrollo

1) Se entregaron nuevos telefónicos.

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
1	entrega de Informes de Ape	Anaís Navarrete	Realizado
2	Solicitud de Insurmas	Anaís Navarrete	Realizado
3	entrega de números telefónicos de usuarios	CHRISTIAN MORALES	Realizado

Fecha	14 mayo 2025
Hora	12:00
Comuna	Tercero Huasteco
Lugar de realización	Casa Kaplan
Participantes	



06

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Hellen Fuentes	Técnico Enfermería
Camilo Domínguez	Directivo
Heriberto Alarcón	Técnico en Diagnóstico
Sebastian Hertz	Psicólogo
Verónica Tapia	Podólogo y T. Complementario
Marcos Fernández	Coordinador SS.EE.

N°	Temas a tratar en reunión
1	Se trabajó en ingresar información a la plataforma
2	Entrega de actualización salud mental

Desarrollo
Reunión en Kaplan.

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
1	Ingreso a plataforma	SS. EE.	Hoyp.
2	Entrega actualización	SS. EE.	á sum. Hoyp.

PC

IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

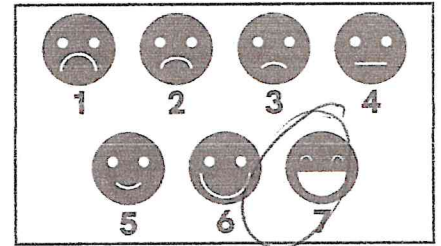
ORIGINAL

55523 ID Hogar PSDF CP Quién Participó

23 Día Febrero Mes 2020 Año

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

SAD Nutrición Terapia Ocupacional Psicología

Kinesiología Fonoaudiología Podología Peluquería

Otro _____

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Silla de ducha	<input type="checkbox"/> Rampas de acceso	<input type="checkbox"/> Algodón	<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Lavapelo	<input type="checkbox"/> Ampliación puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipamiento vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> WC portátil	<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa interior	<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras
<input type="checkbox"/> Reparaciones	<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco	<input type="checkbox"/> Calzado	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Mantenciones	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Observaciones

Coordinador: *María Beatriz Leiva*
 Licenciada en Kinesiología
 Rut: 15.797.518-8

PRLAC SAD SSEE Run

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio corresponde a la suma de calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.

PC

IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría



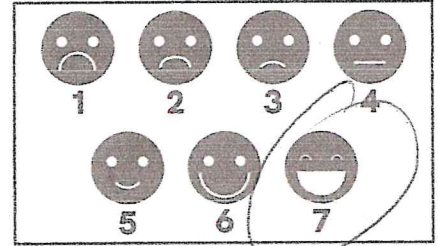
PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

555 22 ID Hogar	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
20 Día	Nov 20 Mes	25 Año

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

<input checked="" type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Psicología
<input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input type="checkbox"/> Otro _____			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Silla de ducha	<input type="checkbox"/> Rampas de acceso	<input type="checkbox"/> Algodón	<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Lavapelo	<input type="checkbox"/> Ampliación puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipamiento vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> WC portátil	<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa interior	<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras
<input type="checkbox"/> Reparaciones	<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco	<input type="checkbox"/> Calzado	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Mantenciones	<input checked="" type="checkbox"/> Pañales y/o sábanas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón

<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Observaciones

Marcia Bahamondes Lizama Licenciada en Kinesiología RUT: 15.707.510-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinador	PRLAC	SAD	SSEE	Run

09

PC
IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría

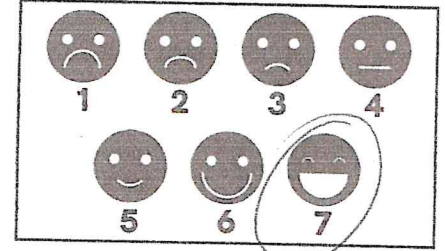


PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

21961 ID Hogar	PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
08 Día	Thays 20 Mes
	2026 Año

- El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.
- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
 - Para facilitar la comprensión, presente a **PSDF** o **CP** la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

<input checked="" type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Psicología
<input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input checked="" type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input type="checkbox"/> Otro <u>T. Compl</u>			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Silla de ducha	<input type="checkbox"/> Rampas de acceso	<input type="checkbox"/> Algodón	<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Lavapelo	<input type="checkbox"/> Ampliación puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipamiento vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> WC portátil	<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa interior	<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras
<input type="checkbox"/> Reparaciones	<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco	<input type="checkbox"/> Calzado	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Mantenciones	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Observaciones

CP. infosuma que le están realizando ex. para una posible cirugía. Se realizarán seguimiento del caso.

Thaysa Bahamondes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 78 518
Coordinador	PRLAC	SAD	SSEE	Run

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio corresponde a la sumatoria de calificaciones.

PC
IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

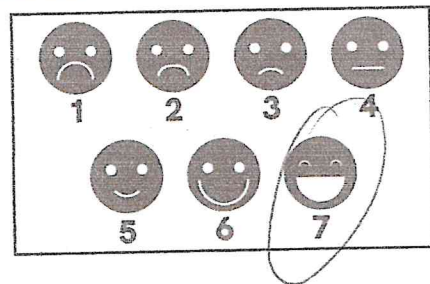
ORIGINAL

10261	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
ID Hogar	Quién Participó	
20	Marzo	2025
Día	Mes	Año

(Handwritten signature)

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a **PSDF** o **CP** la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Psicología
<input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input checked="" type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input type="checkbox"/> Otro _____			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Silla de ducha	<input type="checkbox"/> Rampas de acceso	<input type="checkbox"/> Algodón	<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Lavapelo	<input type="checkbox"/> Ampliación puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipamiento vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> WC portátil	<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa interior	<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras
<input type="checkbox"/> Reparaciones	<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco	<input type="checkbox"/> Calzado	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Mantenciones	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sábanas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Observaciones

<i>Marcía Bahamonde</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	15797518
Coordinador	PRLAC	SAD	SSEE	Run

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio corresponde a la suma de calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.

(Handwritten signature)

PC

IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

44321

ID Hogar

PSDF

CP

Quién Participó

103

Día

Nov 20

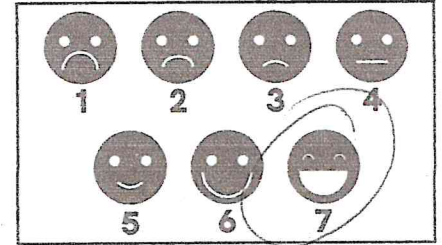
Mes

2025

Año

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a **PSDF** o **CP** la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SAD | <input type="checkbox"/> Nutrición | <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input checked="" type="checkbox"/> Podología | <input type="checkbox"/> Peluquería |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

11

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas

- Bastón
- Andador
- Silla de rueda estándar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portátil
- Confección ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

Adaptaciones

- Nivelación pisos
 - Receptáculo baño
 - Pasamanos pasillos
 - Rampas de acceso
 - Ampliación puertas
- ### Aseo personal
- Crema piel sensible
 - Cepillos de dientes
 - Pastas de dientes
 - Shampoo lavado seco
 - Pañales y/o sábanillas

Jabón / jabón gel

Peine adaptado

Artículos de cuidado

- Gasas
 - Algodón
 - Alcohol
 - Cremas anti-escaras
- ### Indumentaria usuario/a
- Ropa interior
 - Ropa abrigo
 - Calzado
 - Pijama

Alimentación complementaria

Suplementos Alimenticios

Aseo vivienda/hogar

- Limpia pisos
- Mopa o escobillón
- Paños de limpieza
- Desinfectante y cloro

Equipamiento vivienda/hogar

- Implementos de cocina
- Mobiliario con escotaduras
- Ropa de cama
- Colchón

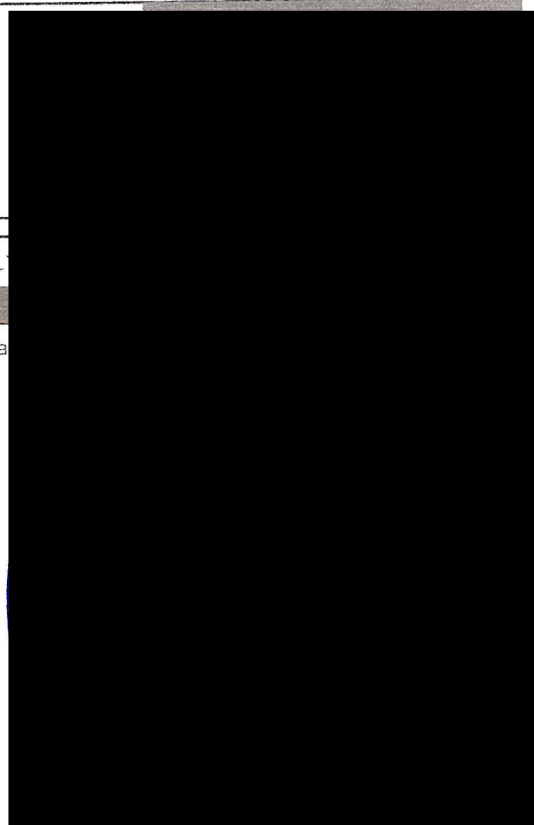
- Otro _____ Otro _____ Otro _____ Otro _____

Observaciones

[Empty box for observations]

<i>Marcia Balboa</i>				<i>15/11/25</i>
Coordinador	PRLAC	SAD	SSEE	Run

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio corresponde a calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.



PC

IN PC 04

Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

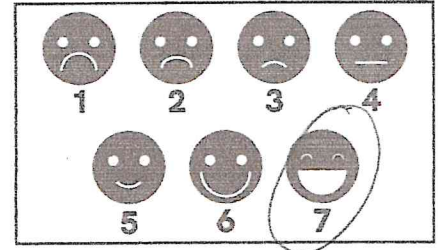
ORIGINAL

19041 ID Hogar	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Quién Participó	
05 Día	enero Mes	2025 Año

12

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input checked="" type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input checked="" type="checkbox"/> Otro <u>TEUS.</u>			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

Ayudas Técnicas	Adaptaciones	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	Artículos de cuidado	Aseo vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Silla de ducha	<input type="checkbox"/> Rampas de acceso	<input type="checkbox"/> Algodón	<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Lavapelo	<input type="checkbox"/> Ampliación puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	Indumentaria usuario/a	Equipamiento vivienda/hogar
<input type="checkbox"/> WC portátil	<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa interior	<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras
<input type="checkbox"/> Reparaciones	<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco	<input type="checkbox"/> Calzado	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Mantenciones	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Observaciones

Se retiran 2 servicios de SS. EE. debido a baja adherencia. Se continúa con el requerimiento

<u>Travisia Bado...</u>			15.404.518
Coordinador	PRLAC	SAD	SSEE Run

*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio corresponde a la suma de calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.

SSEE

IN SE 04

Supervisión profesional/técnico



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

10193 ID Hogar

20 de mayo 2025 Fecha Supervisión

13

Natalia Acebox
Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional → Planificada No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as → Travis Casuar Hué
En caso de entrevista a los beneficiarios/as, indicar nombre del entrevistado/a

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe especificar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar alguno de los ítems, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información, ya que no aplica evaluar esos ítems.

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
1	Normas administrativas y de presentación		
1.1	Cumple con horario de atención acordado (de inicio y término).		Si
1.2	Tiene su registro de atención diaria y/o plataforma usuaria al día.		N/A
1.3	Cumple con la planificación acordada en el plan de intervención (N° de sesiones, objetivos, estrategias, etc).		Si
1.4	Es respetuosa/o al momento de ingresar al domicilio y durante el desarrollo de la intervención.		Si
2	Normas de responsabilidad profesional		
2.1	Delimita el espacio de trabajo en el hogar u otro lugar.		N/A
2.2	Respeto la integridad familiar. No opina sobre los problemas y decisiones familiares cuando no se ha dispuesto el contexto para ello.		Si
2.3	Mantiene un lenguaje apropiado para el desarrollo de las sesiones.		Si
2.4	No utiliza el celular mientras atiende y mantiene su atención en el proceso de intervención.		Si
2.5	Identifica necesidades y/o preferencias del usuario/a.		Si
2.6	No realiza comentarios o gestos inapropiados al momento de realizar alguna actividad con el/ta usuario/a.		Si

14

Nº	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afín)		
3.1	Identifica y valida positivamente las actividades de la vida diaria que puede realizar el/la usuario/a sin ayuda (incluye intereses, capacidades y preferencias de la persona).		Si
3.2	Al inicio de cada sesión, se asegura que la persona comprenda el procedimiento correspondiente a las actividades a desarrollarse en la intervención de trabajo.		Si
3.3	Previo a comenzar la actividad, reúne el material necesario para el desarrollo de la sesión.		N/A
3.4	Maneja técnicas propias de su especialidad para un adecuado desarrollo de la intervención.		N/A
3.5	Previene riesgos y se preocupa por revisar o indagar sobre antecedentes clínicos y/o sociales antes de iniciar cada sesión.		Si
3.6	Se preocupa de mantener la privacidad de la persona cuando se realizan actividades donde se abordan temáticas personales y propias del usuario/a.		Si
3.7	Cada vez que realiza una actividad, es cuidadosa(o) en la forma en que aplica técnicas y/o ejercicios.		Si
3.8	Se preocupa por integrar a los miembros de la familia en aquellas actividades planificadas con ese propósito.		Si
3.9	Informa e indica al usuario/a y sus familiares sobre técnicas y/o ejercicios para prevenir la dependencia (socioemocional y funcional) y mejorar el bienestar.		Si
3.10	Se preocupa por mantener y/o promover la autonomía personal del usuario/a		N/A

Indique el total de alternativas Cumple y No Cumple por ámbito;

Nº	Ámbito	Cumple	No Cumple
1	Normas administrativas y de presentación	3	
2	Normas de responsabilidad profesional	5	
3	Normas técnicas de procedimiento profesional	7	

Maria Renteria
 Nombre (nombre de la/el entrevistado)
 Solo si corresponde

Natalia Escobedo
 Nombre Profesional

Marcia Beltrán
 Nombre del Supervisor/a



SSEE

IN SE 04

Supervisión profesional/técnico



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

18643 ID Hogar 20 Vers 20 2025 Fecha Supervisión

15

Patricia Martínez

Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional Planificada No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as Rafael San Martín

En caso de entrevista a los beneficiarios/as, indicar nombre del entrevistado/a

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe especificar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar alguno de los ítems, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información, ya que no aplica evaluar esos ítems.

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
1	Normas administrativas y de presentación		
1.1	Cumple con horario de atención acordado (de inicio y término).		Si
1.2	Tiene su registro de atención diaria y/o plataforma usuaria al día.		N/A
1.3	Cumple con la planificación acordada en el plan de intervención (N° de sesiones, objetivos, estrategias, etc).		Si
1.4	Es respetuosa/o al momento de ingresar al domicilio y durante el desarrollo de la intervención.		Si
2	Normas de responsabilidad profesional		
2.1	Delimita el espacio de trabajo en el hogar u otro lugar.		N/A
2.2	Respetar la integridad familiar. No opina sobre los problemas y decisiones familiares cuando no se ha dispuesto el contexto para ello.		Si
2.3	Mantiene un lenguaje apropiado para el desarrollo de las sesiones.		Si
2.4	No utiliza el celular mientras atiende y mantiene su atención en el proceso de intervención.		Si
2.5	Identifica necesidades y/o preferencias del usuario/a.		Si
2.6	No realiza comentarios o gestos inapropiados al momento de alguna actividad con el/la usuario/a.		

Nº	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afín)		
3.1	Identifica y valida positivamente las actividades de la vida diaria que puede realizar el/la usuario/a sin ayuda (incluye intereses, capacidades y preferencias de la persona).		Si
3.2	Al inicio de cada sesión, se asegura que la persona comprenda el procedimiento correspondiente a las actividades a desarrollarse en la intervención de trabajo.		Si
3.3	Previo a comenzar la actividad, reúne el material necesario para el desarrollo de la sesión.		N/A
3.4	Maneja técnicas propias de su especialidad para un adecuado desarrollo de la intervención.		N/A
3.5	Previene riesgos y se preocupa por revisar o indagar sobre antecedentes clínicos y/o sociales antes de iniciar cada sesión.		Si
3.6	Se preocupa de mantener la privacidad de la persona cuando se realizan actividades donde se abordan temáticas personales y propias del usuario/a.		Si
3.7	Cada vez que realiza una actividad, es cuidadoso(a) en la forma en que aplica técnicas y/o ejercicios.		Si
3.8	Se preocupa por integrar a los miembros de la familia en aquellas actividades planificadas con ese propósito.		Si
3.9	Informa e indica al usuario/a y sus familiares sobre técnicas y/o ejercicios para prevenir la dependencia (socioemocional y funcional) y mejorar el bienestar.		Si
3.10	Se preocupa por mantener y/o promover la autonomía personal del usuario/a		N/A

Indique el total de alternativas Cumple y No Cumple por ámbito;

Nº	Ámbito	Cumple	No Cumple
1	Normas administrativas y de presentación	3	
2	Normas de responsabilidad profesional	5	
3	Normas técnicas de procedimiento profesional	8	

Rafael van Hastin.
 Nombre (nombre de la/el entrevistado)
 Solo si corresponde

Patricia Hastinez
 Nombre Profesional

Marcia Barhoumonoles
 Nombre del Supervisor/a

SSEE
IN SE 04

17

Supervisión profesional/técnico



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

55522
ID Hogar

20 Nov 20 2025
Fecha Supervisión

Carrillo Doucaise
Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional → Planificada No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as → *Riguel Fuentes*

En caso de entrevista a los beneficiarios/as, indicar nombre del entrevistado/a

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe especificar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar alguno de los ítems, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información, ya que no aplica evaluar esos ítems.

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
1	Normas administrativas y de presentación		
1.1	Cumple con horario de atención acordado (de inicio y término).		Si
1.2	Tiene su registro de atención diaria y/o plataforma usuaria al día.		N/A
1.3	Cumple con la planificación acordada en el plan de intervención (N° de sesiones, objetivos, estrategias, etc).		Si
1.4	Es respetuosa/o al momento de ingresar al domicilio y durante el desarrollo de la intervención.		Si
2	Normas de responsabilidad profesional		
2.1	Delimita el espacio de trabajo en el hogar u otro lugar.		N/A
2.2	Respeto la integridad familiar. No opina sobre los problemas y decisiones familiares cuando no se ha dispuesto el contexto para ello.		Si
2.3	Mantiene un lenguaje apropiado para el desarrollo de las sesiones.		Si
2.4	No utiliza el celular mientras atiende y mantiene su atención en el proceso de intervención.		Si
2.5	Identifica necesidades y/o preferencias del usuario/a.		Si
2.6	No realiza comentarios o gestos inapropiados al momento de realizar alguna actividad con el/la usuario/a.		Si



N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afín)		
3.1	Identifica y valida positivamente las actividades de la vida diaria que puede realizar el/la usuario/a sin ayuda (incluye intereses, capacidades y preferencias de la persona).		Si
3.2	Al inicio de cada sesión, se asegura que la persona comprenda el procedimiento correspondiente a las actividades a desarrollarse en la intervención de trabajo.		Si
3.3	Previo a comenzar la actividad, reúne el material necesario para el desarrollo de la sesión.		N/A
3.4	Maneja técnicas propias de su especialidad para un adecuado desarrollo de la intervención.		N/A
3.5	Previene riesgos y se preocupa por revisar o indagar sobre antecedentes clínicos y/o sociales antes de iniciar cada sesión.		Si
3.6	Se preocupa de mantener la privacidad de la persona cuando se realizan actividades donde se abordan temáticas personales y propias del usuario/a.		Si
3.7	Cada vez que realiza una actividad, es cuidadosa(o) en la forma en que aplica técnicas y/o ejercicios.		Si
3.8	Se preocupa por integrar a los miembros de la familia en aquellas actividades planificadas con ese propósito.		Si
3.9	Informa e indica al usuario/a y sus familiares sobre técnicas y/o ejercicios para prevenir la dependencia (socioemocional y funcional) y mejorar el bienestar.		Si
3.10	Se preocupa por mantener y/o promover la autonomía personal del usuario/a		N/A

Indique el total de alternativas Cumple y No Cumple por ámbito;

N°	Ámbito	Cumple	No Cumple
1	Normas administrativas y de presentación	3	
2	Normas de responsabilidad profesional	5	
3	Normas técnicas de procedimiento profesional	7	

Miguel Fuentes
 Nombre (nombre de la/el entrevistado)
 Solo si corresponde

Camilo Douaire
 Nombre Profesional

Marcos Balbuena
 Nombre del Supervisor/a



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Filomena Collecias

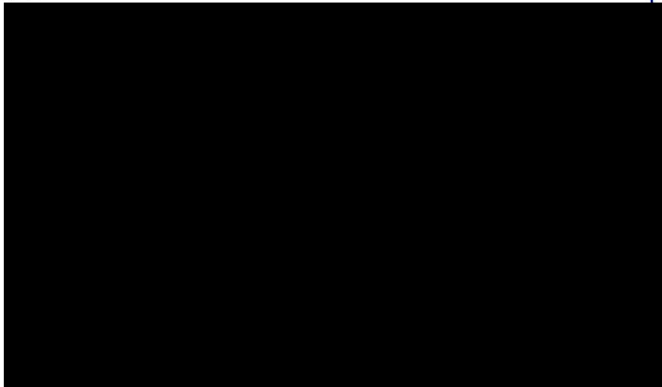
ID Hogar

63080

19

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
1	13/05 2025	Moscavilla	Astúndax	2c.	Si	No	[Redacted]
		Tealbas H.	80ca. x pg.	9	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: *[Handwritten]*

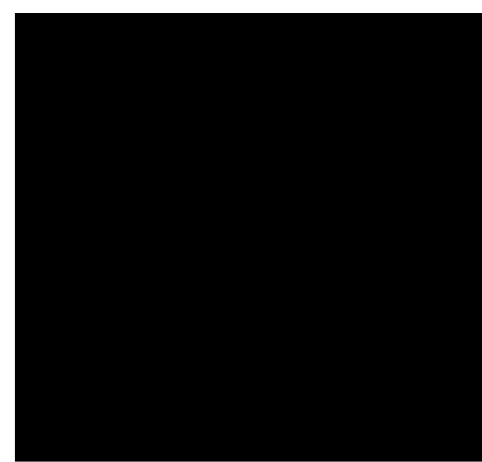
Nombre CP: *[Handwritten]*

ID Hogar: *[Handwritten]*

20

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
1	13/05 2025	Panales	Talla G.	200 2	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
		Sabonillos	Estándar	3	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

¹Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: *Ann Alicia González*
 Nombre CP: *Vincente Pardo*
 D Hogar: *883*

21

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹	Nombre y firma de quien recepciona	
1	13/05 2008	Pañales	Talla 6.	2/36	✓		
		Sebecuillas	Atendolás	3/10	Si		
					Si		
1	13/05 2008	Aliment. S.	Vivacite.	2.	✓		
					Si		
					Si		
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

¹Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Yanuel Novento
Nombre PSDF

D. Hogar

Diana Silva
Nombre CP

18622

27

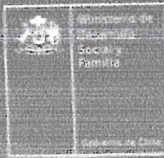
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
1	02/06 2025	Zabani Max	Afeitados	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

¹Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

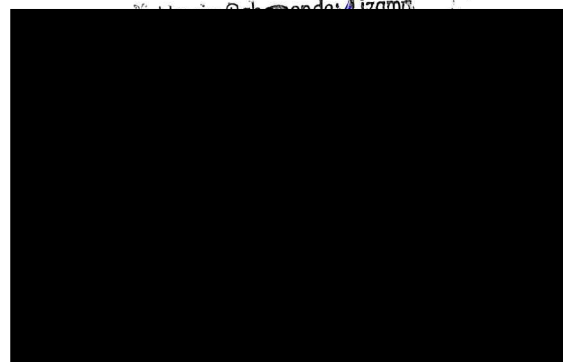
Asociado Yodanis To
Nombre PSDF
Norman Gueso
Nombre CP

ID Hogar
10180

77

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
1	13/08 2025	Pañales	Talla G.	1/36	Si	No	
		Sabonillos	Entáidos	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Teobaldo Alvarado
Nombre PSDF

ID Hogar

Olivia González
Nombre CP

1081

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
1	13/05 2025	Ahorant. S.		1	Si		
					Si		
					Si		
					Si		

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

¹Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día

Marcia Pachamondes Lizama



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: José Torres
Nombre CP: Bertha Torres

ID Hogar: 19383

Handwritten signature/initials

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
1	13/06 2025	Alimentos S.	Univalite	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

¹ Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día



SSEE
FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



Red Local
de Apoyos
y Cuidados

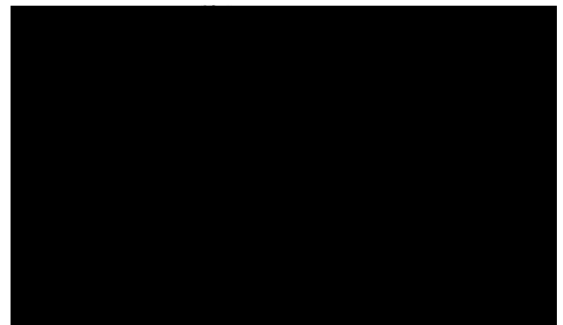
ORIGINAL

Nombre PSE: Juan Arenal
 Nombre CP: Elizabeth Perez
 D. Hogar: 55521



N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
3	13/05 2008	Panales	Talle 6.	1/36	Si	No	
		Sabonillos	Esfoidas	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, ceder y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día*



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL

Edwards Yelino

Nombre PSDF

Roseda Courones

Nombre OP

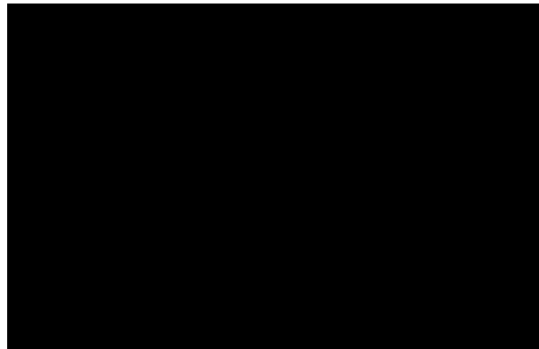
ID Hoga:

18282

78

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
1	13/05 2016	Silla baño/rota	Cisternas	1	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,
materiales, ayudas técnicas



Red Local
de Apoyos
y Cuidados

ORIGINAL

Alicia Lelo
Nombre PSDF

18621
ID Hogar

Nombre CP

29

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica ¹		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
1	13/05 2024	Ayudados	Estándos	1	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

¹Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.
 *Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado en el presente documento, comprometiéndome a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // *Un documento por Día*

