



**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

## INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionaria: **Mareis Isabel Bahamondes Lizama.**

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

Mes correspondiente: **Junio 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 Aballay 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 sabanillas), entrega de alimentación suplementaria y entrega de ayudas técnicas 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.

Se realizan encuestas y supervisiones del equipo de servicios especializados, 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 recopila información y posteriormente se ingresan los datos recopilados en la plataforma de MIDESO.

### Plataforma Sistema Red Local de Apoyos y Cuidados

**SSO** Bienvenido **MARCIA ISABEL BAHAMONDES LIZAMA**

Aquí verás las aplicaciones, sitios web y sistemas a los cuales puedes acceder

**Dashboard**

- Perfil de Acceso: USUARIO DE APLICACIONES
- Ultimo acceso: 18/08/2025 19:22:09
- Aplicaciones Autorizadas: 2 APLICACIONES
- APP: Aplicaciones: 1
- GC: Gran Sistema: 1
- CMS: Content Management System: 0

**Mis Aplicaciones**

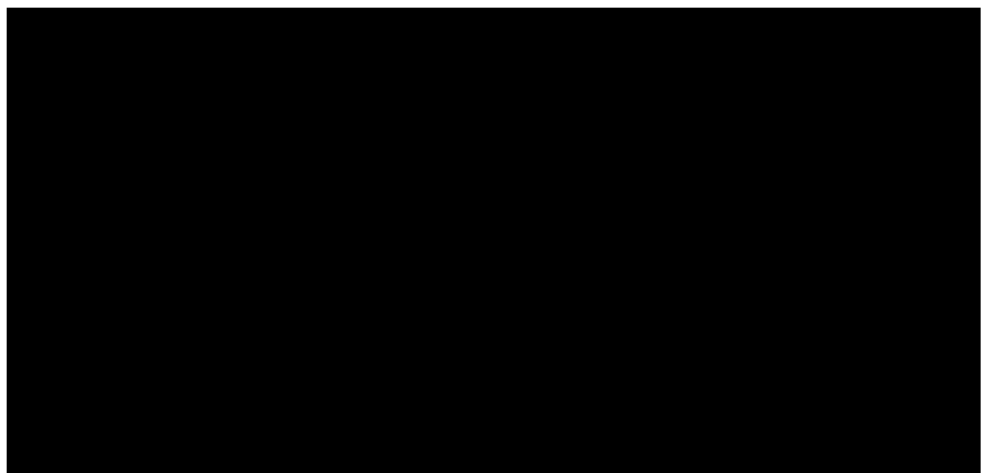
Detalle Hogar

Información Hogar

ID Hogar	Nombre Hogar	VENEZUELA	País ID	Comuna	Unidad vecinal	11
Sección	Región	METROPOLITANA DE SANTIAGO	Provincia	TALAGUAFÉ	Comuna	Padre Hurtado
Estado	Estado actual Hogar	En Sistema	Nº Personas en situación de dependencia	1	Nº Domicilio principal	1

Responsable: MARCIA ISABEL BAHAMONDES LIZAMA

Planes de cuidados: **Plan de Cuidados**



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha 06/06/2025

Hora 13<sup>00</sup>

Comuna Padre Hurtado

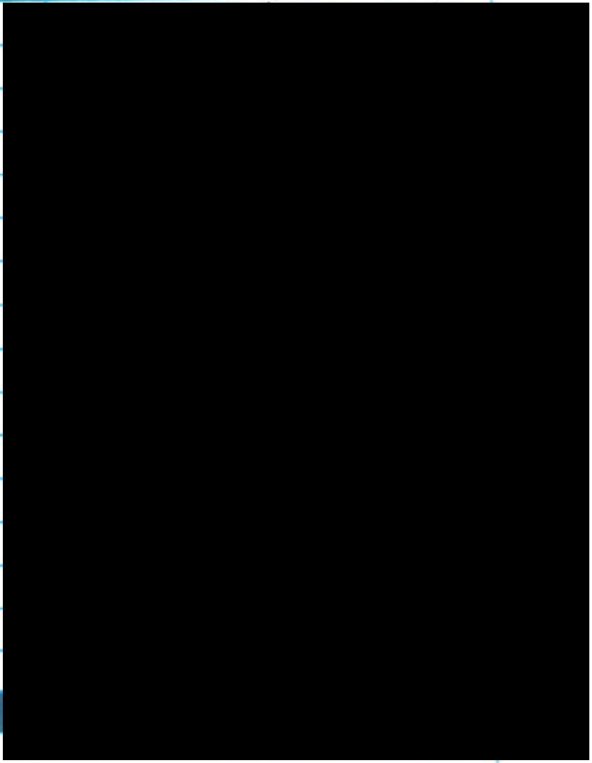
Lugar de realización Oficina Keplan



Red Local de Apoyos y Cuidados

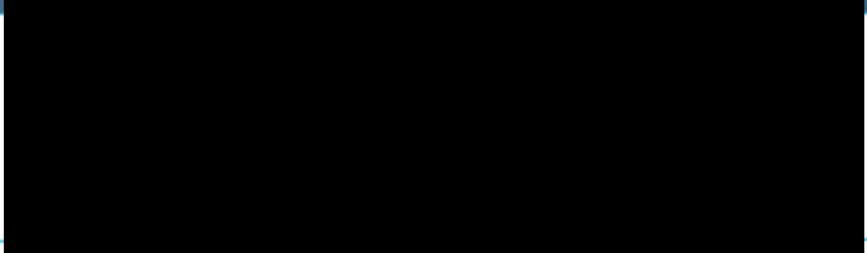
Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Anais Nauwemele	Coordinadora SAD	
Patricia Martinez	AC y psicóloga	
Ronice Rivero	AC	
Johanna Ruiz	AC	
Constanza Gonzalez	AC	
Constanza Soto	AC	
Rene Canino	AC	
Hellen Fuentes	TENS	
Alondra Lefno	AC	
Belen Lizama	AC	
Camilo Donaire	Kinesidloga	
Mercce Behemondes	Kinesidloga	
Cristopher Morales	Gestor Comunitario	
Sebastian Hatz	Psicologo	
Monserrat Aballay	Terapeuta ocupacional	
Hernan de Quesne	Coordinador PRAC	



N°	Temas a tratar en reunión
1	gestión de casos y derivaciones
2	Reforzar lineamientos de proprome
3	Solicitud de materiales cognitivo para SAD

Desarrollo



N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 18/06/25 ✓  
 Hora: 9:30  
 Comuna: Padre Hurtado  
 Lugar de realización: Oficina Kaplan



Red Local de Apoyos y Cuidados

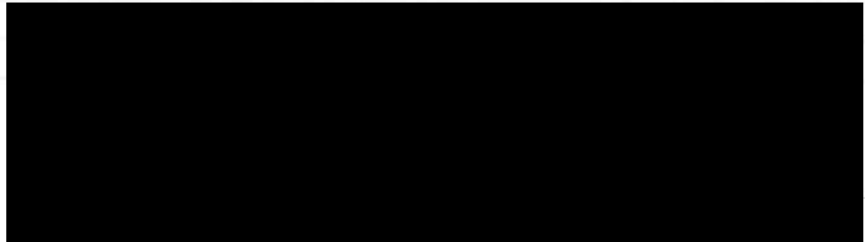
Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Monserrat Aballoy	Terapeuta Ocupacional	[Redacted]
Hellen Fuentes	TENS	[Redacted]
Sebastian Hotz	Psicólogo	[Redacted]
Gabriel Douaire	Fisioterapeuta	[Redacted]
Narcis Ballamondes	Fisioterapeuta	[Redacted]

N°	Temas a tratar en reunión
	Entregas de Bitácoras
	Entrega Planes de intervención inicial + final
	Actualización estado de salud del usuario
	Derivación de nuevos usuarios + CASOS

**Desarrollo**  
 Inicio en el horario establecido + se llega de acuerdo y compromisos

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
	Entregas de Bitácoras	SSEE	Junio
	Entrega Planes de intervención inicial + final	SSEE	Junio
	Actualización estado de salud del usuario	SSEE	Junio
	Derivación de nuevos usuarios + CASOS	Coordinadora SSEE	Junio

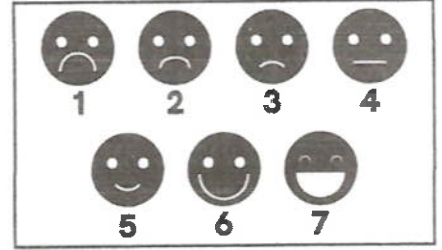




66600 ID Hogar	PSDF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
04 Día	Junio Mes
	25 Año

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 type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input checked="" 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?

<b>Ayudas Técnicas</b>	<b>Adaptaciones</b>	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	<b>Alimentación complementaria</b>
<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	<b>Artículos de cuidado</b>	<b>Aseo vivienda/hogar</b>
<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	<b>Aseo personal</b>	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	<b>Indumentaria usuario/a</b>	<b>Equipamiento vivienda/hogar</b>
<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

Usuaría se encuentra enfocada en su recuperación y se tomará su taller

Valoración

SAD	—
Promedio SS.EE*	5

Mario Ballesteros			
Coordinador	PRLAC	SAD	SSEE

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

Copia fiel al original.

# SSEE

IN SE 04

## Supervisión profesional/técnico



Red Local de Apoyos y Cuidados

10534  
ID Hogar

16 junio 25  
Fecha Supervisión

*Hellen Fuentes*  
Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional  → Planificada  No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as  → *Brunilda 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°	Ambitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
1	<b>Normas administrativas y de presentación</b>		
1.1	Cumple con horario de atención acordado (de inicio y término).		<i>Si</i>
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).		<i>Si</i>
1.4	Es respetuoso/a al momento de ingresar al domicilio y durante el desarrollo de la intervención.		<i>Si</i>
2	<b>Normas de responsabilidad profesional</b>		
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.		<i>Si</i>
2.3	Mantiene un lenguaje apropiado para el desarrollo de las sesiones.		<i>Si</i>
2.4	No utiliza el celular mientras atiende y mantiene su atención en el proceso de intervención.		<i>Si</i>
2.5	Identifica necesidades y/o preferencias del usuario/a.		<i>Si</i>
2.6	No realiza comentarios o gestos inapropiados al momento de realizar alguna actividad con el/la usuario/a.		<i>Si</i>

*Copiar fiel al original*

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	<b>Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afin)</b>		
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.		No
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	6	

*Copia fiel al original*

**SSEE**

IN SE 04

**Supervisión profesional/técnico**



Red Local de Apoyos y Cuidados

18662  
ID Hogar

16 junio 28  
Fecha Supervisión

Mouserrat Aballay  
Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional  → Planificada  No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as  → **Ava Gutiérrez**  
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.

Nº	Ambitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
<b>1</b>	<b>Normas administrativas y de presentación</b>		
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 (Nº 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
<b>2</b>	<b>Normas de responsabilidad profesional</b>		
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

*Copia fiel al original*

Nº	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	<b>Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesio- logía, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afín)</b>		
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	7	

*Copiar fiel al original!*

SSEE

IN SE 04

Supervisión profesional/técnico



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

18261  
ID Hogar

16 junio 25  
Fecha Supervisión

Patricia Martínez

Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional  → Planificada  No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as  → José Aguilera.  
En caso de entrevista a los beneficiarios/as, indicar nombre del entrevistado/s

- 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	<b>Normas administrativas y de presentación</b>		
1.1	Cumple con horario de atención acordado (de inicio y término).		Si
1.2	Tiene su registro de atención diaria y/o plataforma usuario 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	<b>Normas de responsabilidad profesional</b>		
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

Copia fiel al original

N°	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	<b>Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afin)</b>		
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;

N°	Ámbito	Cumple	No Cumple
1	Normas administrativas y de presentación	3	
2	Normas de responsabilidad profesional	5	
3	Normas técnicas de procedimiento profesional	4	

*Copia fiel al original*

**SSEE**  
IN SE 04

**Supervisión profesional/técnico**



Red Local de Apoyos y Cuidados

44321  
ID Hogar

16 junio 25  
Fecha Supervisión

*Camilo Doucette*  
Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional  → Planificada  No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as  → *Sergio Salas*  
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	<b>Normas administrativas y de presentación</b>		
1.1	Cumple con horario de atención acordado (de inicio y término).		<i>Si</i>
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).		<i>Si</i>
1.4	Es respetuosa/o al momento de ingresar al domicilio y durante el desarrollo de la intervención.		<i>Si</i>
2	<b>Normas de responsabilidad profesional</b>		
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.		<i>Si</i>
2.3	Mantiene un lenguaje apropiado para el desarrollo de las sesiones.		<i>Si</i>
2.4	No utiliza el celular mientras atiende y mantiene su atención en el proceso de intervención.		<i>Si</i>
2.5	Identifica necesidades y/o preferencias del usuario/a.		<i>Si</i>
2.6	No realiza comentarios o gestos inapropiados al momento de realizar alguna actividad con el/la usuario/a.		<i>Si</i>

*Copia fiel al original*

Nº	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	<b>Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesio- logía, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afín)</b>		
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	6	

*Copia fiel al original*

**SSEE**  
IN SE 04

**Supervisión profesional/técnico**



Red Local de Apoyos y Cuidados

19383  
ID Hogar

16 junio 25  
Fecha Supervisión

Sebastián Hotz  
Nombre y apellido profesional supervisado

Modalidad supervisión

Supervisión en terreno al profesional  → Planificada  No Planificada

Entrevista a los beneficiarios/as  → **Natoly Travis**  
En caso de entrevista a los beneficiarios/as, indicar nombre del entrevistado/s

- 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.

Nº	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
1	<b>Normas administrativas y de presentación</b>		
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 (Nº 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	<b>Normas de responsabilidad profesional</b>		
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.		No
2.6	No realiza comentarios o gestos inapropiados al momento de realizar alguna actividad con el/la usuario/a.		Si

*Copiar fiel al original!*

Nº	Ámbitos de Supervisión	Supervisión en terreno al profesional	Entrevista a los beneficiarios/as
3	<b>Normas técnicas de procedimiento profesional (aplica para especialidades tales como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, podología, psicología, otro afin)</b>		
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.		No
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	4	
3	Normas técnicas de procedimiento profesional	6	

*Copia fiel al original*

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: *Roberto Juan Vardie*  
Nombre CP:

ID Hogar: 18643

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
	06/06 2025	Papeles	Talla 6	136	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 recibe
					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, ceder y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día\*

*Copia fiel al original!*

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: Segundo Gonzalez  
Nombre CP: Juan Zamora

ID Hog: 1862

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
	06/06 2026	Panqueles	Asándos	1/36	Si	No	
		Sobavillos	Asándos	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
	06/06 2026	Alimof.	Vivalife.	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					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	

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\*

Copia fiel al original

# SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

*Margarita Franco*  
Nombre PSDF

*Ynsistera Novoa*  
Nombre CP

ID Hogar

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
1	06/06 2025	Pautales	Talla 6.	4/36	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
		Sabonillos	Estándar	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		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*		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*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

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

*Copia fiel al original*

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

Gobierno de Chile

ORIGINAL

José Tobal		ID Hogar
Nombre PSDF		19481
María Cordero		
Nombre CP		

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
1	06/06 2025	Postón	4 Apoyos	1	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	
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, ceder y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados // \*Un documento por Día

*Opinión fiel al original.*

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Gobierno de Chile

ORIGINAL

<i>Manuel Fandián</i>	ID Hogar
Nombre PSDF	
<i>Sandra Fandián</i>	80401
Nombre CP	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	<i>06/06 2025</i>	<i>Pantales</i>	<i>Talla 6.</i>	<i>2/36</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
		<i>Sabonillos</i>	<i>Estándas</i>	<i>3</i>	Si	No	
		<i>Alicurant.</i>	<i>Vivalite.</i>	<i>1</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
						Si	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					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\*

*Copia fiel al original*

# SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

*No Cecilia Cordero*  
Nombre PSDF

Nombre CP

ID Hogar  
*39040*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
	<i>06/06 2025</i>	<i>Pommes</i>	<i>Talla 6.</i>	<i>2/36</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
		<i>Jabon / lvs</i>	<i>Estándar</i>	<i>3/10</i>	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\***

*Copia fiel al original!*

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: *Jorge Fuentes*  
Nombre CP: *Marcelina Jorjox*

ID Hogar: *4800*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
1	06/06 2025	Pantales	Talla 6	1/36	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	[Redacted]
		Sebanillas	Astóndas	3/10	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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 cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día

*Copiar fiel al original*

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Gobierno de Chile

ORIGINAL

Nombre PSDF <i>Alaïta Pérez</i>	ID Hogar <i>80400</i>
Nombre CP <i>Carilén Toro</i>	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
1	06/06 2025	<i>Zabanihas</i>	<i>Atáncolas</i>	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
1	06/06 2025	<i>Aliment. S.</i>	<i>Vivalite</i>	1	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					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	

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 o utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día\*

*Copia fiel al original*

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Ministerio de Desarrollo Social y Familia

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL Rut: 23.949.228-2 ✓

Nombre PSDF: *Ilva Lafina*  
Nombre CP: *Nicole Aedo*

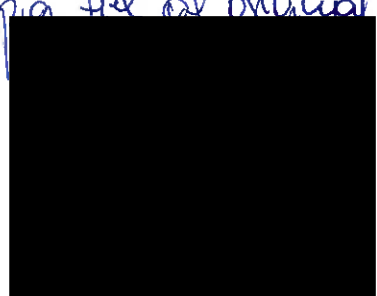
ID Hogar: *88620*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
1	03/06/2025	Silla de ruedas	Estándar	1	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	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					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*

*Copia fiel al original*



26

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Gobierno de Chile

ORIGINAL

Carlos Jato  
Nombre PSDF

Valeria Jato  
Nombre CP

ID Hogar

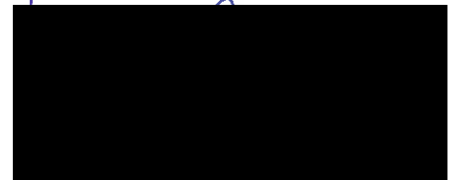
55500

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		
1	03/06 2025	Celchón Aut.	Esténbas, eléct.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	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 recibe
					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"

Copia fiel al original



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

*Brunilda Fuentes*  
Nombre PSDF  
*Romelio Torres*  
Nombre CP

ID Hogar

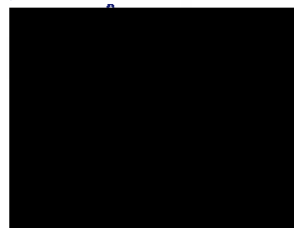
*10534*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
1	03/06 2025	Audaclos	Estomacos	1	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 recibe
					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 Diada

*Copiar fiel al original.*



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos Y Cuidados

ORIGINAL

Basilisa Fuentes  
Nombre PSDF

ID Hogar

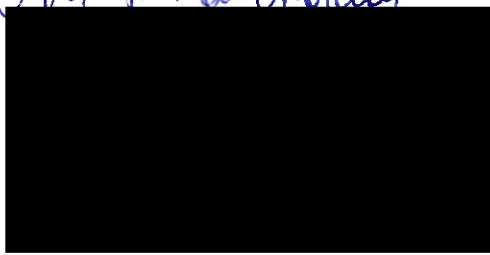
10534

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
1	03/06/2025	Oloro	1 litro	2	Si	No	[Redacted]
		Acicalozos	500 cc.	1	Si	No	
		Shampoo	500 cc.	1	Si	No	
		Acordicionada	500 cc.	1	Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					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 Diada

Dania Jiel al original



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Terencia Zamora  
Nombre PSDF  
Soledad Jimenez  
Nombre CP

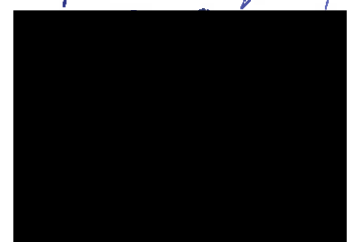
ID Hogar  
5523

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona	
1	03/06 2025	Pañales	Talla 6.	2/36	<input checked="" type="checkbox"/>	No		
		Sabonillas	Estándar	3/10	Si	<input checked="" type="checkbox"/>		
					Si	No		
					Si	No		
1	03/06 2026	Alimentación S.	Vivalite.	1	Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
					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		

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

Copia fiel al original



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: José Torres  
Nombre CP: Natalio Torres

ID Hogar: 19383

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
2	03/06 2025	Pañales	Talla G.	2/36	Si	No	
		Sabonillos	Estándar	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	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					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

Copia fiel del original



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Tamiere Jotecom L.  
Nombre PSDF  
Beatriz Peralto  
Nombre CP

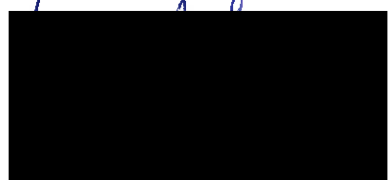
ID Hogar  
48321

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
2025	03/06	Pañales	Talla G.	2/36	Si	No	[Redacted]
		Sabonillos	Estándar	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
2025	03/06	Aliment. S.	Unilite.	2	Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					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	

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 no vender, alquilar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día

Copia fiel al original



**SSEE**

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas
 PROGRAMA  
**Red Local  
 de Apoyos  
 Y Cuidados**

ORIGINAL

 Los Peloucos  
 Nombre PSDF  
 Carolina Soaveiro  
 Nombre CP

ID Hogar

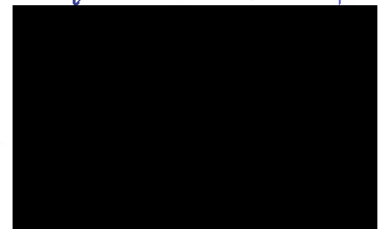
44330

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
1	03/06 2025	Ponales	Talla G.	2/36	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	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		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*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					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\***

*Copia fiel al original*



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

*Tosi Ortega*  
Nombre PSDF

*Trinam Soto*  
Nombre CP

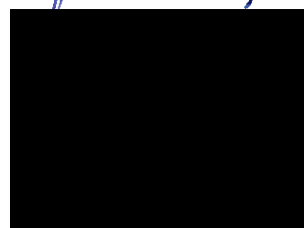
ID Hogar  
*44820*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
1	<i>03/06 2025</i>	<i>Panques</i>	<i>Torta 6.</i>	<i>1/30</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Sabonillos</i>	<i>Estornudos</i>	<i>3/w</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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\*

*Copia fiel al original.*



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos Y Cuidados

ORIGINAL

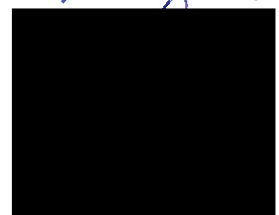
Nombre PSDF: *Severina Gonzalez*  
Nombre CP: *Ana Zapate*

ID Hogar: 18623

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
2	03/06 2025	Pañales	Talla G.	2/36	Si	No	
		Sabonillas	Bstaindas	3/10	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
2	03/06 2025	Aliment. S.	Vivacite.	2	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					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	

\*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

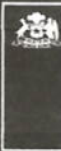
*Copia fiel del original!*



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Ministerio de Desarrollo Social y Familia  
Gobierno de Chile

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Juan Avila Sada  
Nombre PSDF  
Gabriel Armando  
Nombre CP

ID Hogar  
62420

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
1	03/06 2025	Panuelos	Toalla 6	2/36	Si	No	
		Sabonillas	Estándar	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 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, ceder y utilizar los bienes adquiridos para los fines que fueron acordados. // \*Un documento por Día

Copia fiel al original



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



Ministerio de Desarrollo Social y Familia

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: Cristóbal Venegas  
Nombre CP: Jhonny Anel

ID Hogar

11321

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
1	03/06 1029	Aliment. S.	Vivalite	2	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	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		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		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					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

Copia fiel del original

