



DIDECO

Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

OB

INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionario: Camilo Andrés Donaire San Martín

Rut: [REDACTED]

Cargo: Kinesiólogo

Mes Correspondiente: Mayo 2026

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:

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de Kinesiología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.
- Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.
- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.

Actividades de acuerdo con los cometidos:

- **Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de kinesiología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.**

Se realizó atención de kinesiología y plan de intervención asociado al programa usuarios de los cuales:

Calendario de actividades mes Abril

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<p>27</p> <p>Administrativo Gestión de casos Revalidaciones</p> <p>Visitas domiciliarias: Martín Cuevas Violeta Ramírez</p>	<p>28</p> <p>Actividad colegio Altair "día de la convivencia escolar"</p> <p>Entrega botón de emergencia Administrativo Gestión de casos</p>	<p>29</p> <p>Administrativo Gestión de casos</p> <p>Planificación entrega botón de emergencia</p>	<p>30</p> <p>Administrativo Gestión de casos</p> <p>"Entrega botón de emergencia"</p>	



04

Calendario de actividades mes Mayo

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
				1 Feriado	
4 Actividad colegio Altair "Sensibilización escolar" Administrativo Gestión de casos	5 Visitas domiciliarias: Eloisa Pérez Brunilda Parra Guido González María Jorquera Zelma Ojeda María Sepúlveda	6 Administrativo Gestión de casos	7 Administrativo Gestión de casos	8 Administrativo Gestión de casos Capacitación	9 Se asiste a apoyar en actividad del "día de la madre"
11 Visitas domiciliarias: Zulema Valdenegro Brígida González Silvia Cea Isabel Cea Validación: Elba Jara	12 Visitas domiciliarias: Rosa Rivas José Chapa Isabel Quiroz José Gutiérrez Mario Vásquez Marcia Valderrama	13 Administrativo Gestión de casos	14 Visitas domiciliarias: Yasmín Molina María Cerda Daniel Cornejo	15 Visitas domiciliarias: Marcia Valderrama Mario Vásquez Administrativo Gestión de casos Capacitación	
18 Administrativo Gestión de casos Validaciones: Carlos Tapia Margarita Campos Dora Hernández	19 Visitas domiciliarias: Leslie Díaz Roberto Salinas José Torres Evelyn Gutiérrez Validaciones: Ovidia González Rosa Fierro	20 Visitas domiciliarias: Luis Melgarejo José Mori María Chávez Héctor Chacón Osvaldo Varela Magdalena Latorre	21 Feriado	22 Administrativo Gestión de casos	

La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención de Kinesiología.

- **Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.**

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

Reunión equipo PRLAC donde se registran nuevos ingresos y se entrega información relevante.

OS

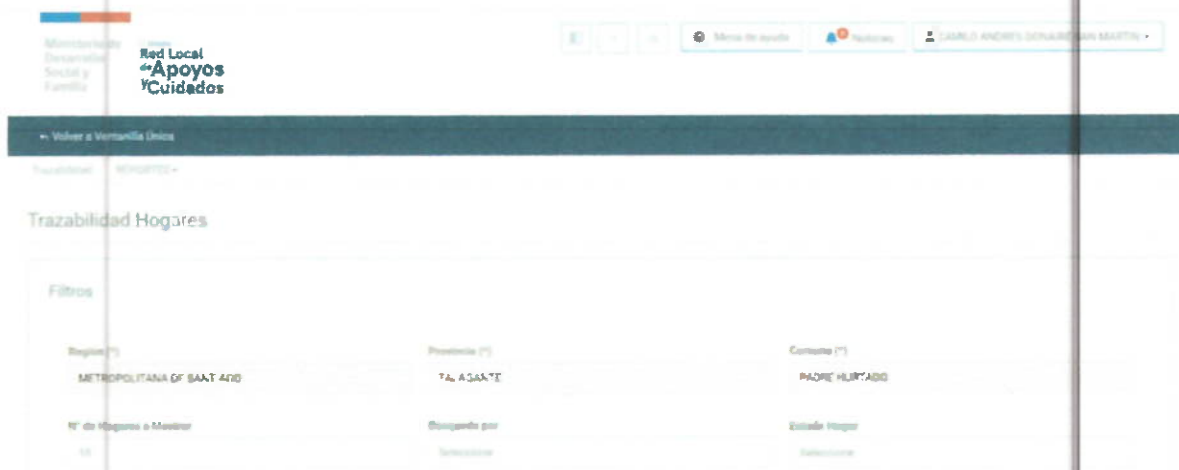
- **Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.**

Se realiza taller en colegio Altair "día de la convivencia escolar".
Se realiza taller en colegio Altair "Sensibilización escolar"



- **Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.**

Se realizan informes y se ingresa a plataforma Red Local de apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo social y Familia.



- **Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.**

Se realiza trabajo administrativo y la gestión de casos en conjunto con la coordinación del programa, agendando visitas en los nuevos domicilios.

- **Participar en actividades solicitadas por DIDECO.**

Se asiste a apoyar en actividad en conmemoración del "día de la madre" en explanada del parque El Manzano.
Se apoya en entrega de "botón de emergencia".





DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

(Handwritten signature/initials)



(Handwritten mark)



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

09

Fecha	08/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Entre Hornos
Lugar de realización	Oficina Regional

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
[Redacted]		

Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos S40 y S5000 revisando los roles y coordinando con este comitente, además se acordó el proceso de intervención multidisciplinaria y seguimiento de casos con mayor vulnerabilidad

[Redacted]



PRLAC N°04.1

08

Acta de Reunión

Fecha	15.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Oficina Apoyos

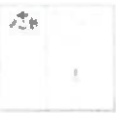
Nombre y apellido	Cargo institución o programa	Cargo electrónico
[Redacted]		

Contenido de la	AC	Historia de la institución
-----------------	----	----------------------------

Desarrollo

Se hizo un breve resumen conjunto entre equipos 40 y 5000
 respecto al desarrollo de los con actividades de apoyo
 personal y financiero. Durante la jornada se revisaron documentos,
 formatos y montajes de compromisos educativos para usuarios
 y cuidadores.





PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

09

Fecha	22/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	La Reina
Lugar de realización	Oficina

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------

--	--	--

Desarrollo

Se realizó reunión de Equipo DFO y SST. Se realizó informe de caso, encargado de programa. Realizó actualización de los tipos de accidentes y los riesgos a realizar.

--	--	--



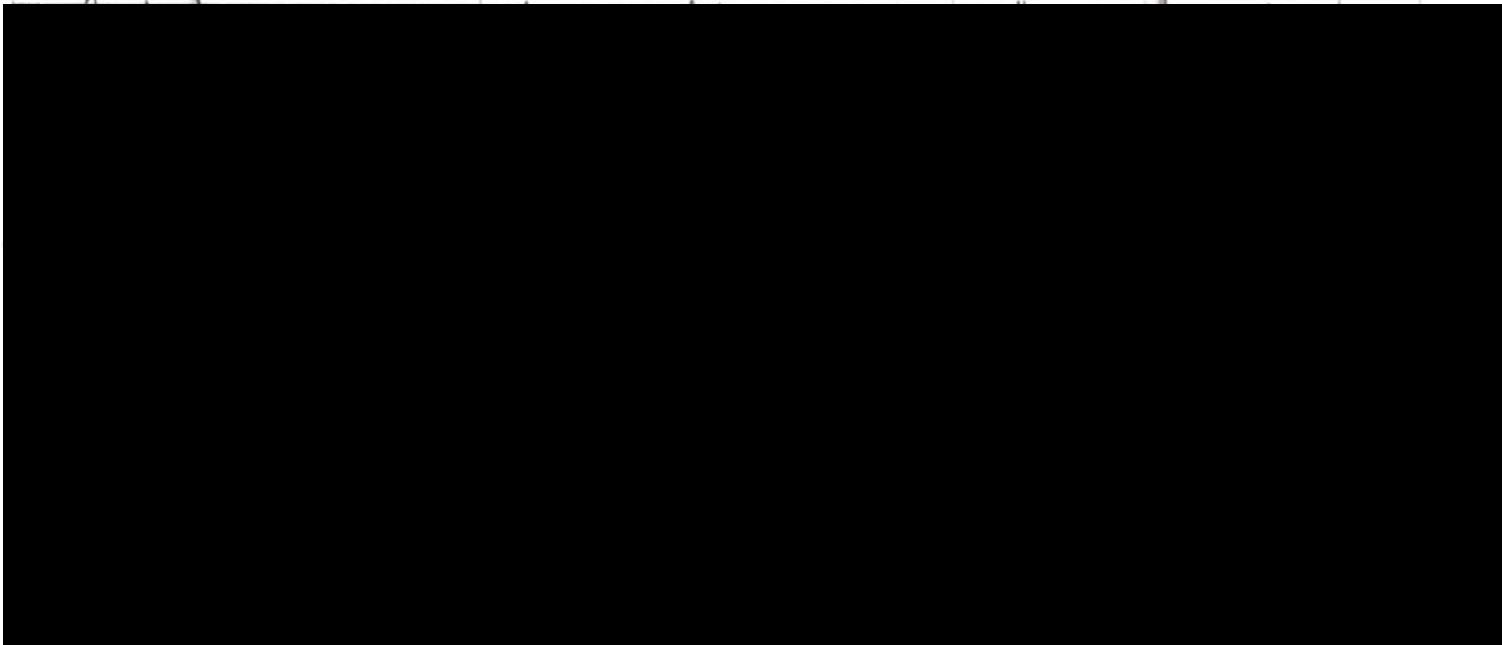
PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

10

Fecha	27/04/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Duque de Caxa
Lugar de realización	Oficina Inspección

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
-------------------	-------------------------------	--------------------



Se realizó actividad de actividades realizadas por parte de Comités, realizamos actividades de juego interactivo.

- Et. Circuito de agradecimiento
- Dos verdades y una mentira.
- Técnica Mindfulness
- Puzos activas con Act. Tercer mundo.

* Estas técnicas son para prevenir tensiones físicas y reducir el estrés mental.





16

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Gerontología

1	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
2	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
3	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

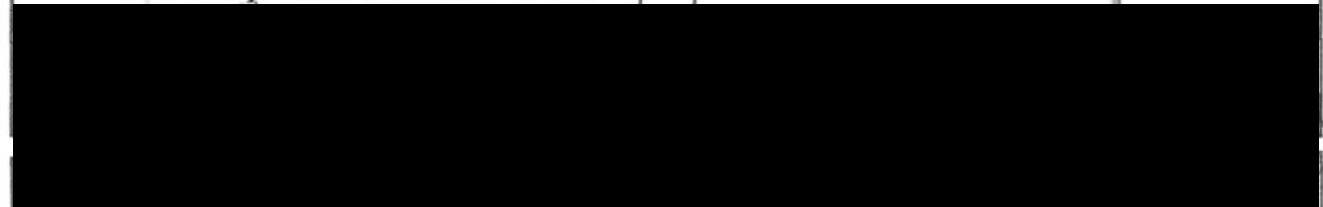
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y
8	Corresponsabilidad f
9	Sobrecarga emocion
10	Procesos de duelo e
11	Bienestar en salud y



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27 04 26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Karin Wenas	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27 04 26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-4-7-11	
Observaciones	
Violata Ramirez	

17



Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuaria

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuaria



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Neurología

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
2	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
3	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
4	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
5	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
6	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
7	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
8	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
9	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
10	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de
11	Bienestar en salud y autocuidado

Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Eloiza Pérez	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Branda Pérez Villos	

18

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Jairo Joriles	

Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Ana Joriles	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Eliana Ortega	

Horario: 16:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Ana Sepúlveda	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Neurología
1 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
2 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
3 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
4 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
5 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
6 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
7 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
8 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
9 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
10 ID	[Redacted]
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado

Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/21	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones:	
Zulema Valderrama	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/21	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones:	
Brenda Bando	

21

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/21	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones:	
Silvia Liza	
Martha Curián	

Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/21	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones:	
Isabel Liza	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/O

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

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Neurología

1	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]	
2	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]	
3	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]	
4	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]	
5	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]	
6	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]	
7	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
8	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
9	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
10	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y auto

[Redacted]

Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
no se hizo	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Jose Lopez	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Jose Juárez	

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Isabel Duraz / Usaha fallida	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	
Observaciones	
Luis Vizquez	

Horario: 15:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 12/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-4	
Observaciones	
Luis Valderrama	

Fir

24

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

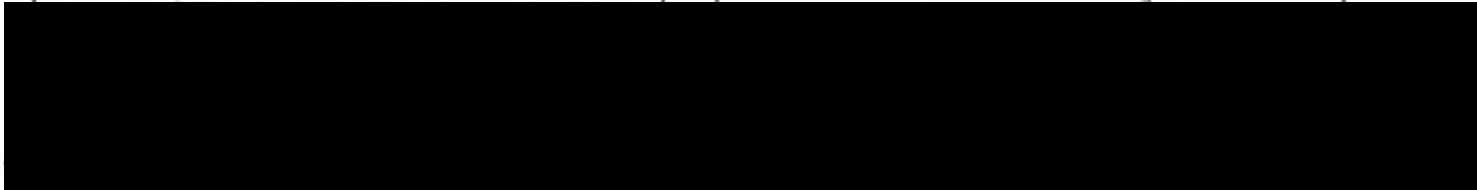
Especialidad	Kinesióloga	
1 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
2 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
3 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
4 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
5 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
6 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
7 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
8 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
9 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
10 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantenimiento de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas
10	Procesos de duelo en el marco de las
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/2026	
Realizado: Si / No	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	
Observaciones	
Yamin Velazquez	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/2026	
Realizado: Si / No	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	
Observaciones	
Vanía Cordero	



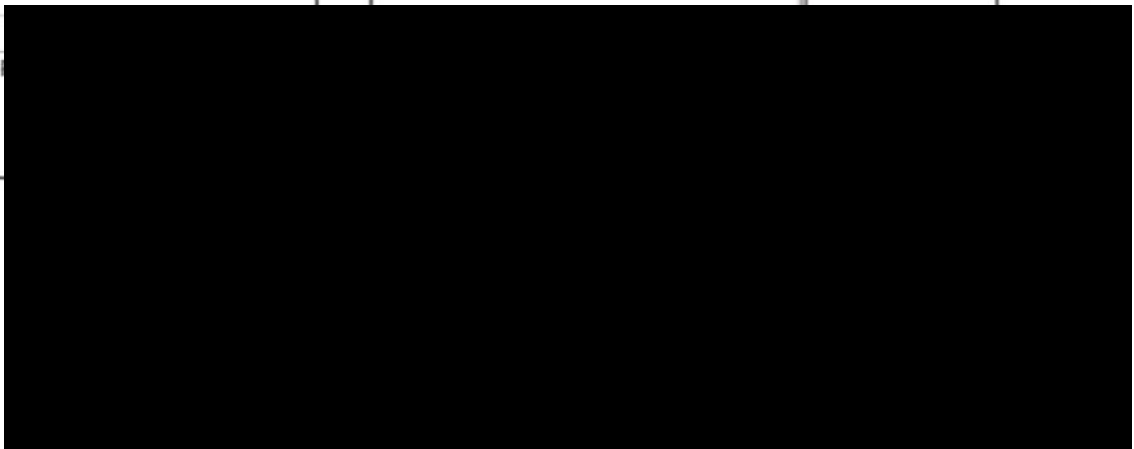
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/26	
Realizado: Si / No	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	
Observaciones	
David Cordero	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

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



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Neurología

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
2	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
3	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
4	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
5	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
6	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
7	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
8	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
9	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
10	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		

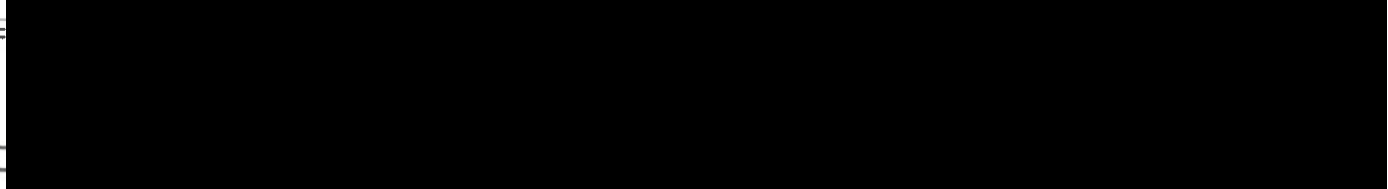
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de la atención
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	
Observaciones	
Mario Vázquez	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-4-5	
Observaciones	
MARIA VALDEMARIA	

(27)

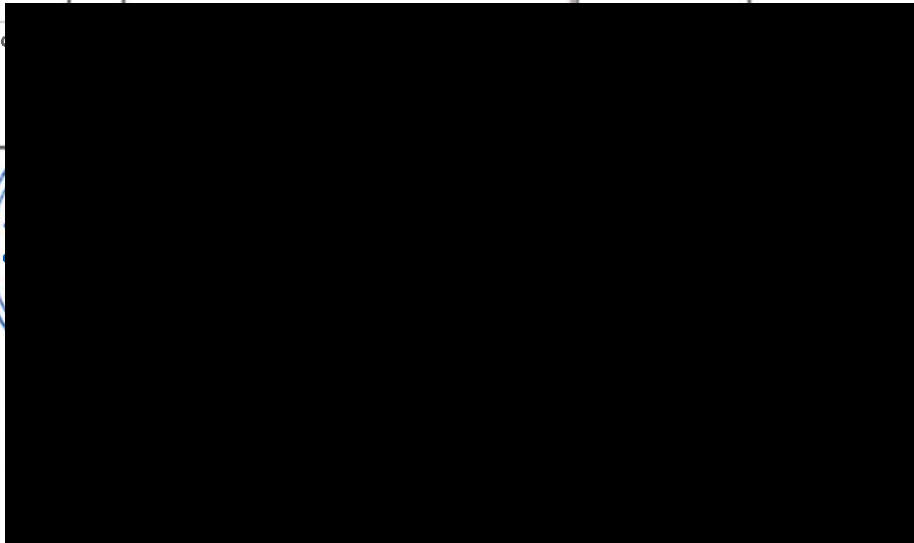


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

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



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Gerontología

1	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
2	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
3	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
4	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
5	ID	[Redacted]	
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
6	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
7	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
8	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
9	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
10	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado

Marcia Bahamondes



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones	
Luis Díaz	
JMA	
Firma Profesional	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/05/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones	
Visita fallida, Roberto Salinas	
L. ROJAS	
Firma Profesional	

29

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones	
José Torres	
Firma Profesional	

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 19/05/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	
Observaciones	
Eduyó Juárez / Visita fallida	
L. ROJAS	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

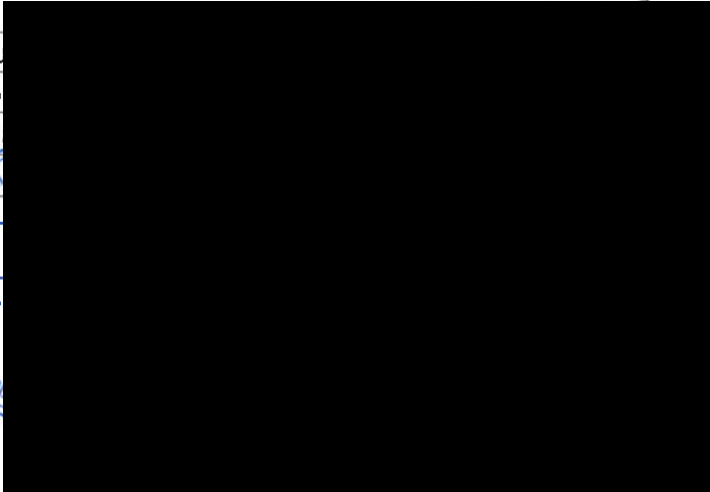
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Gerontología

1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
2	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
3	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
4	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
5	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
6	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
7	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
8	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
9	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
10	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN	
1	Evaluación especializada	
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia	
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad	
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras	
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana	
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida	
7	Accesibilidad física y social	
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria	
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras	
10	Procesos de duelo en el marco de la vejez	
11	Bienestar en salud y autocuidado	



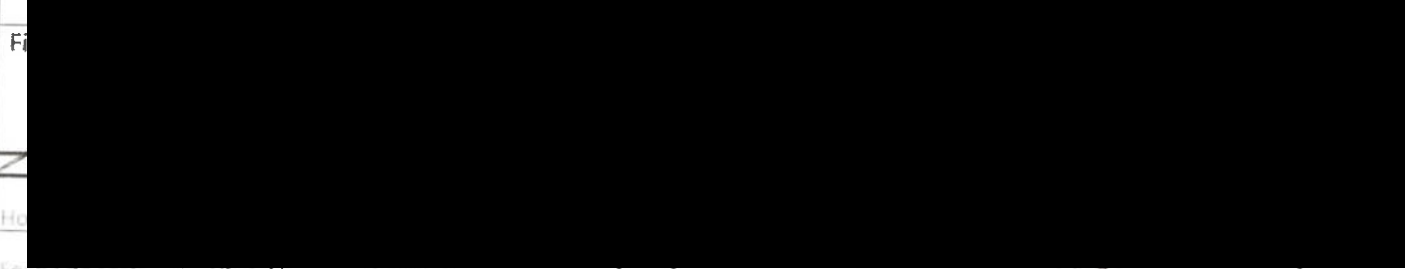
des
E. G
de
C
C

UNA

Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias*: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Luis Vignato / Visita fallida	

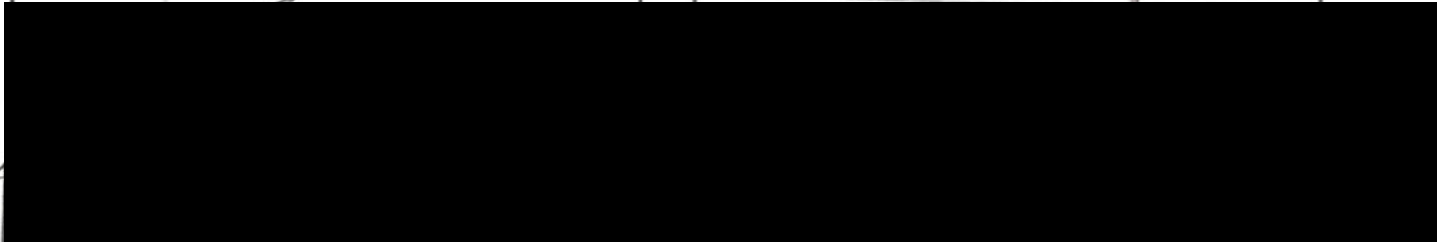
Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias*: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Jose Luis	

31



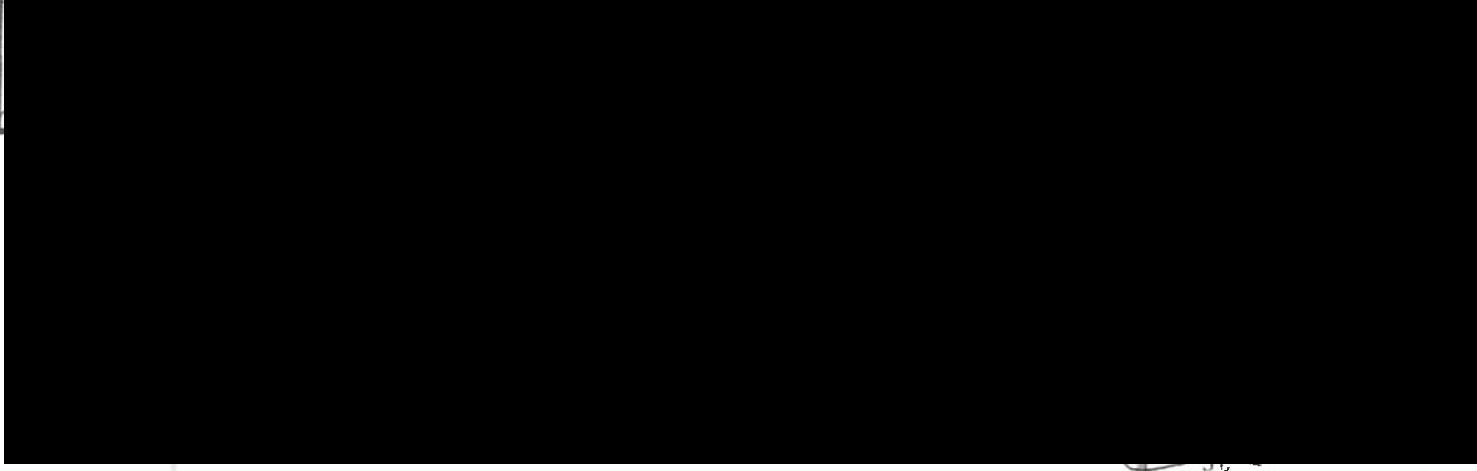
Fecha de sesión: 20/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias*: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Luis Vignato	

Fecha de sesión: 20/05/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias*: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Luis Vignato	



Fecha de sesión: 20/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias*: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Luis Vignato	

Fecha de sesión: 20/05/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias*: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Luis Vignato	





PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

11-05-2026
Fecha entrevista, Día, Mes y Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	[Redacted]
Apellido paterno	
Género	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Villa / Población	
Comuna	
Teléfono 1	

2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	SI <input checked="" type="checkbox"/> → <u>1</u> años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? <u>3.P.11</u> NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuáles? <u>Luis grupo</u> NO <input type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores	<input type="checkbox"/> Talleres municipales
	<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
	<input type="checkbox"/> Junta de vecinos
	<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas
	<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores

2.5 ¿Le gustaría participar de su comunidad?	[Redacted]
Si su respuesta	[Redacted]

32



Red Local de Apoyos y Cuidados



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

18/05/2026
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1) 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	
Apellido paterno	
Género	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Villa / Población	
Comuna	
Teléfono i	

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 1 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? S.L.II NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? _____

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

2.5 ¿Le gustaría participar de su comunidad?

34



Red Local de Apoyos y Cuidados



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

19/05/2026
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1) 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	[Redacted]
Apellido paterno	[Redacted]
Género	Fem
Fecha de nacimiento	[Redacted]
Dirección	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]
Comuna	[Redacted]
Teléfono 1	[Redacted]

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 1 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? SP. II NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? _____
- Funcionaria Marcia Bahamondes

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización de su comunidad?



38



Red Local de Apoyos y Cuidados



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

19/05/2026
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1) 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al PSDF (Pr... dependencia)

Nombres

Apellido paterno

Género

Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

Comuna

Teléfono 1

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 35 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? J.F.D NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

Talleres municipales

Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad

Junta de vecinos

Iglesia o agrupaciones religiosas

Clubes de personas mayores

Clubes deportivos

Otra ¿Cuál?

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

2.5 ¿Le gustaría pa... de su comunidad



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

36

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

19/05/2020
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (Incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres

Apellido paterno

Género

Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

Comuna

Teléfono 1

2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo

2.2 ¿Se atiende en

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

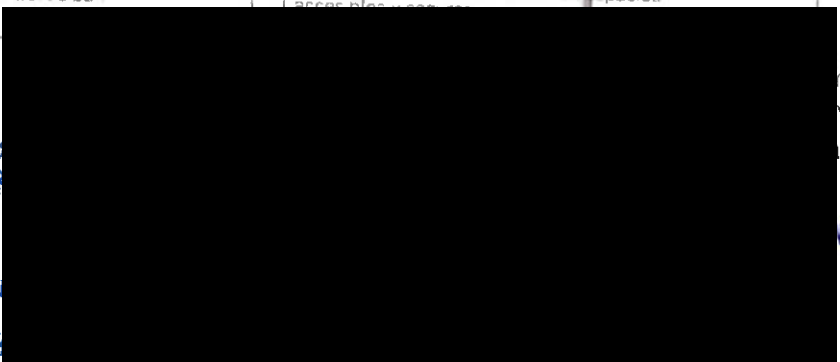
- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cua?
- En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad de su comunidad? SI NO

Si su respuesta es NO, seleccione los motivos (Selección múltiple)

- No conozco organizaciones o actividades de este tipo en mi comunidad.
- No tengo tiempo para participar.
- No tengo interés en participar.
- Las actividades no se realizan en espacios accesibles.

- Mantener un trato respetuoso hacia los/as pres...
- Proporcionar la información necesaria para...





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

19/05/2026
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección I
PSDF

1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en situación de dependencia)

Nombres	[Redacted]
Apellido paterno	[Redacted]
Género	[Redacted]
Fecha de nacimiento	[Redacted]
Dirección	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]
Comuna	[Redacted]
Teléfono	[Redacted]

2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 2 meses años

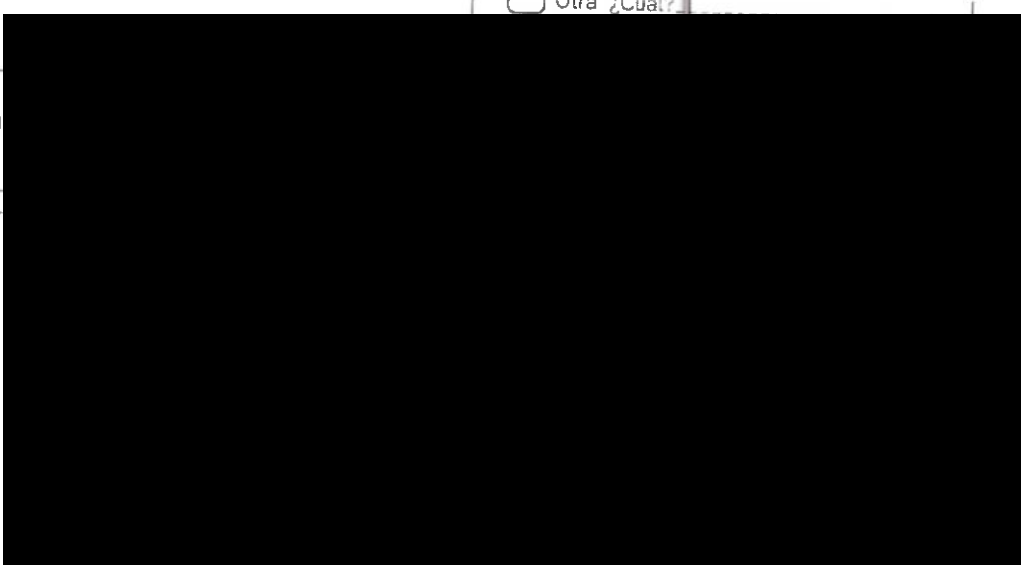
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? J.P.II NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? _____

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna de su comunidad?



38

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

3 DOMICILIADO
RECIBO EL
RA SATISFACCIÓN,

ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

[Signature]
URMA

[REDACTED]

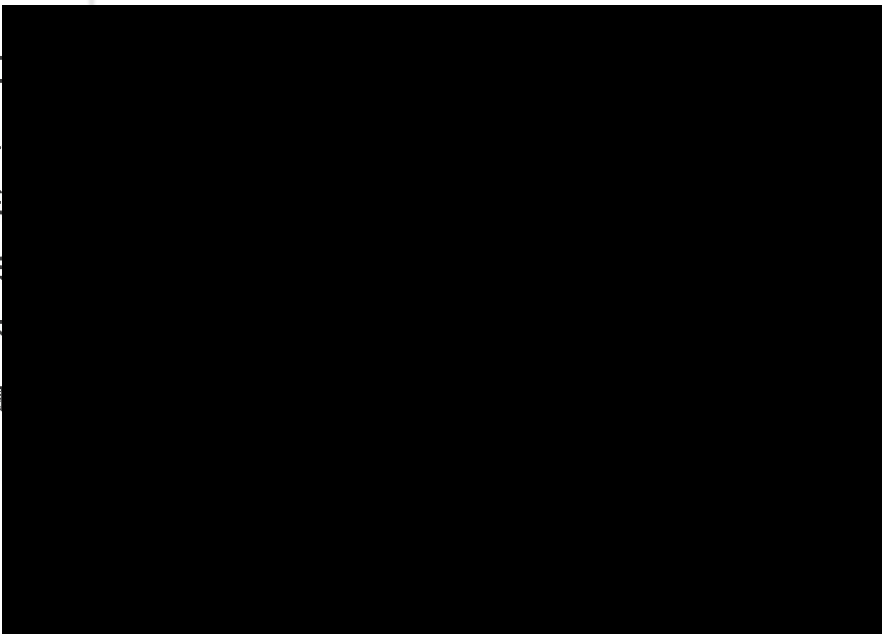


ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA



YO, Sec DO
BOTON, EL
ADON,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

NO
RU
TE
FE
NR
TI
VI



FIRMA



40

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YO [REDACTED] DOMICILIADO
[REDACTED] RECIBO EL
BO [REDACTED] y [REDACTED] A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

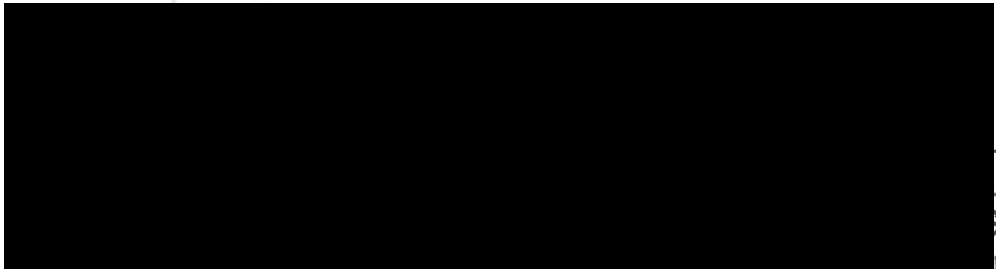
[REDACTED]

ndes
LE
De
ntad
[Signature]



41

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA



DOMICILIADO
RECIBO EL
SATISFACCIÓN,




RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

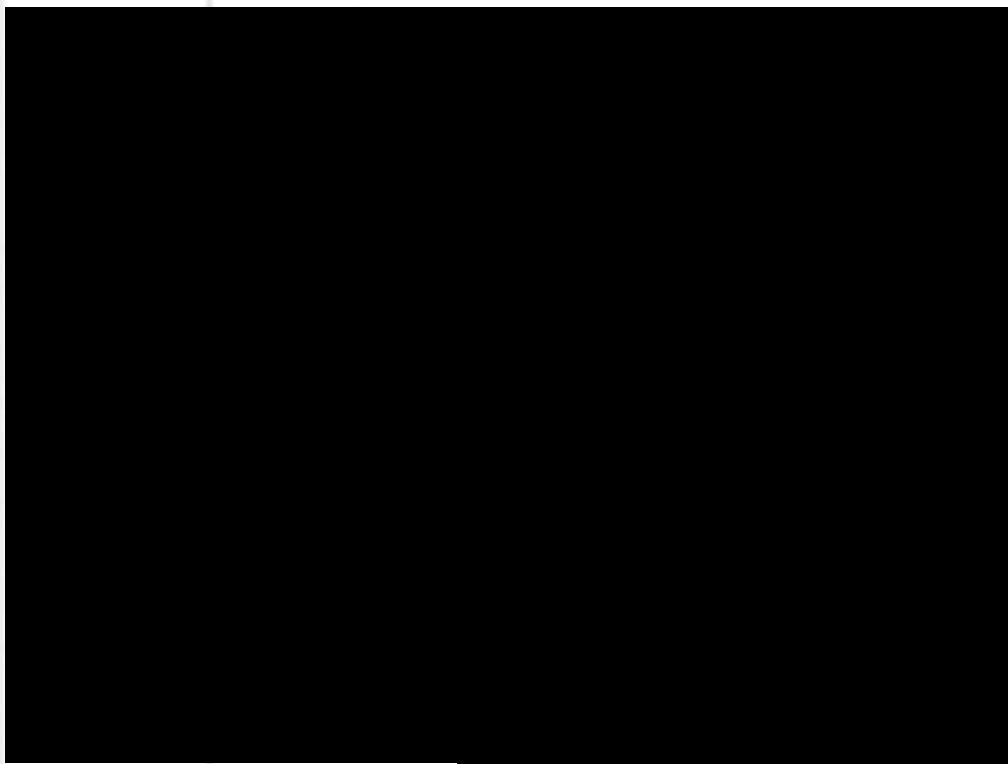
NO
RU
TE
FE
NR
TI
VI

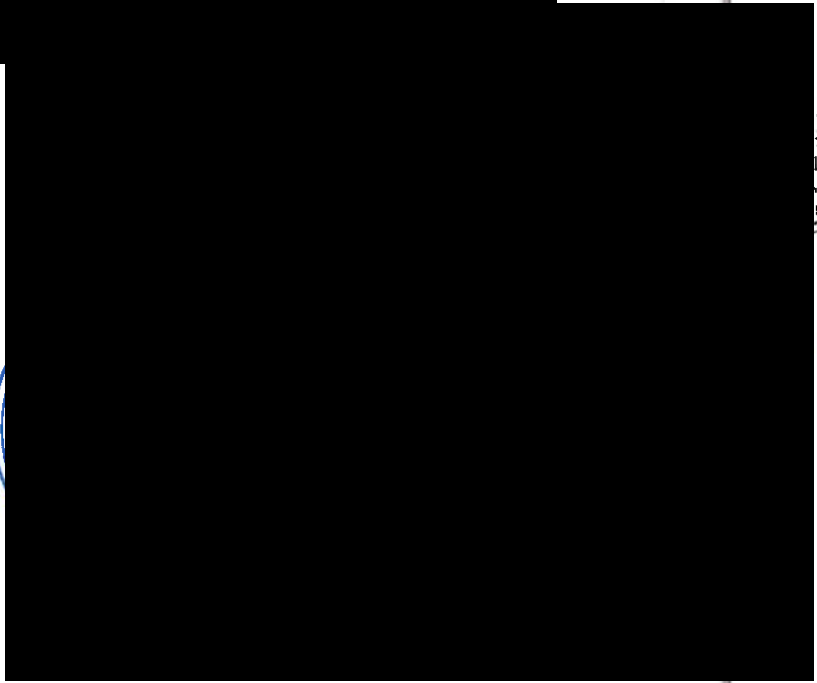


(Handwritten mark)

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YO  DOMICILIADO
en  RECIBO EL
BO  DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN.
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.





des
E
De
rtado

original

43

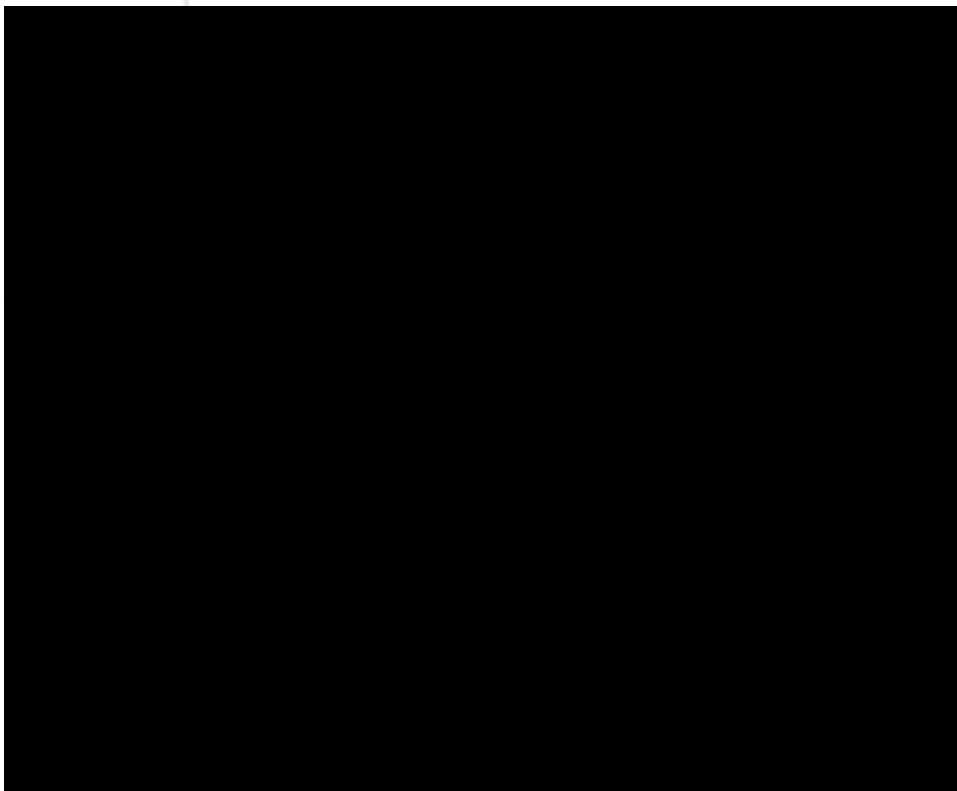
ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YO

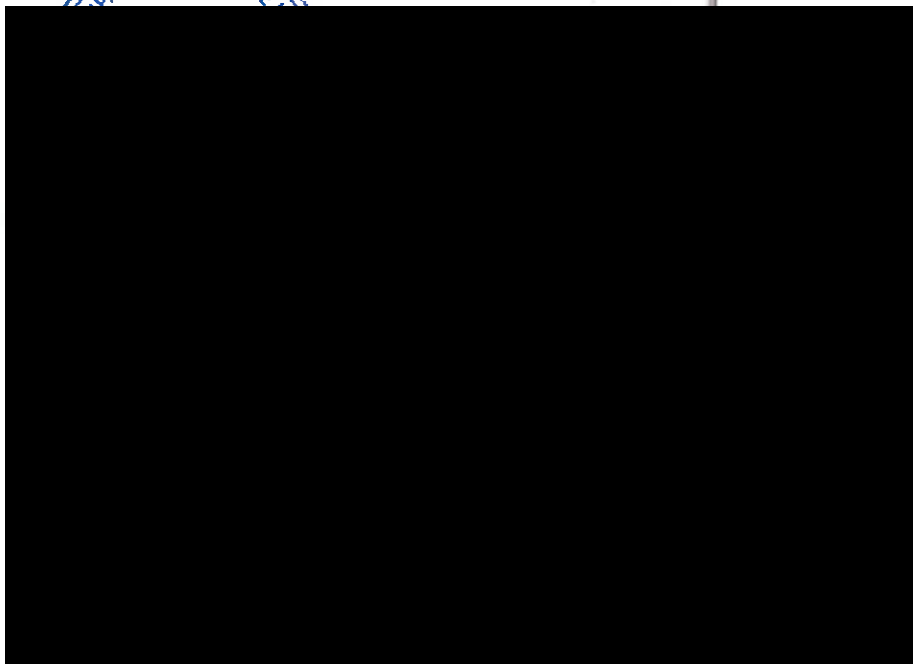
BO

ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

DOMICILIADO
RECIBO EL
SATISFACCIÓN,



VALIDAD DE PADRE

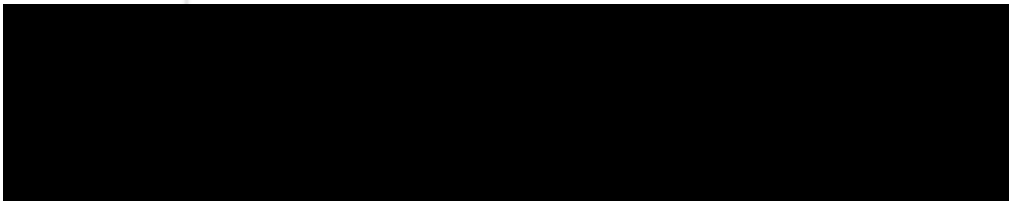


ES
ado

Just

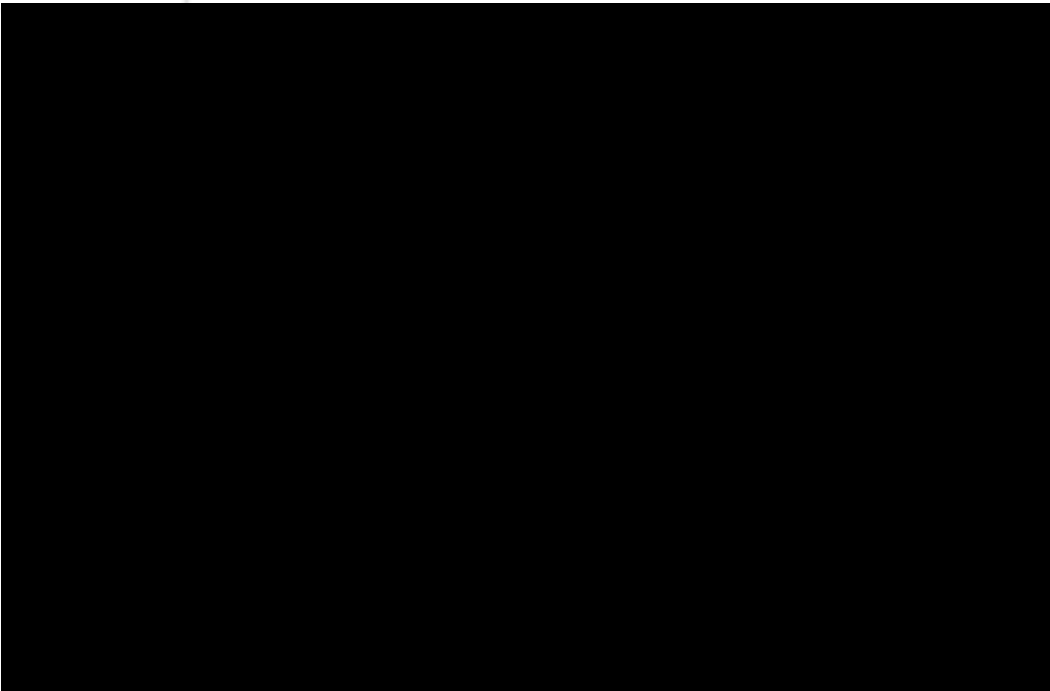
44

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA



DOMICILIADO
RECIBO EL
SATISFACCIÓN,

ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.



Handwritten signature or initials in blue ink.

45

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

MICILADO
IBO EL
SANCION A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

IPALIDAD DE PADRE

[REDACTED]

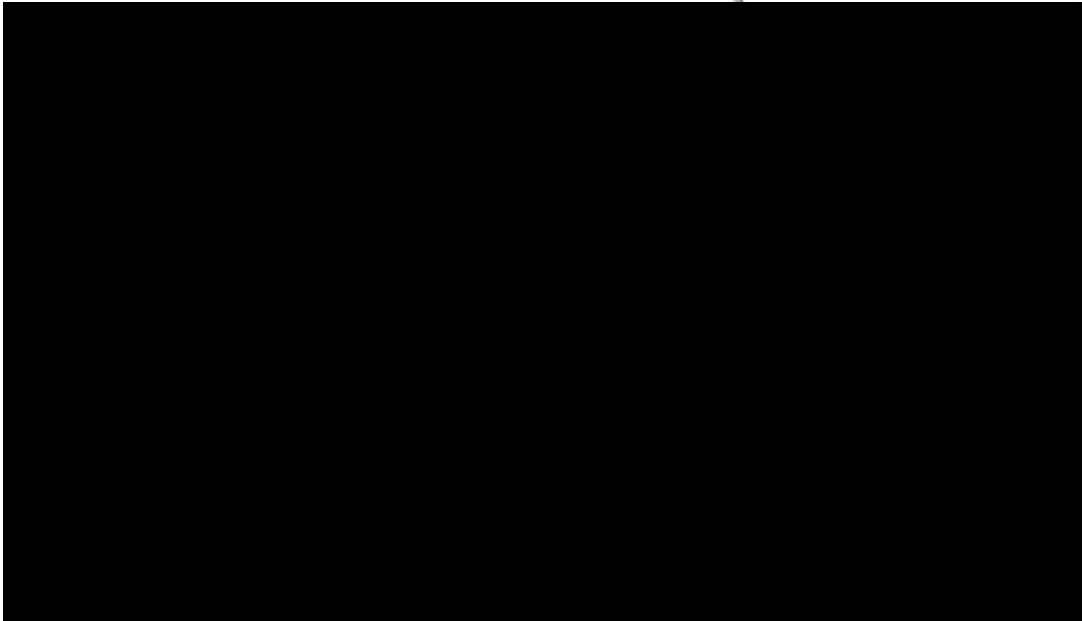
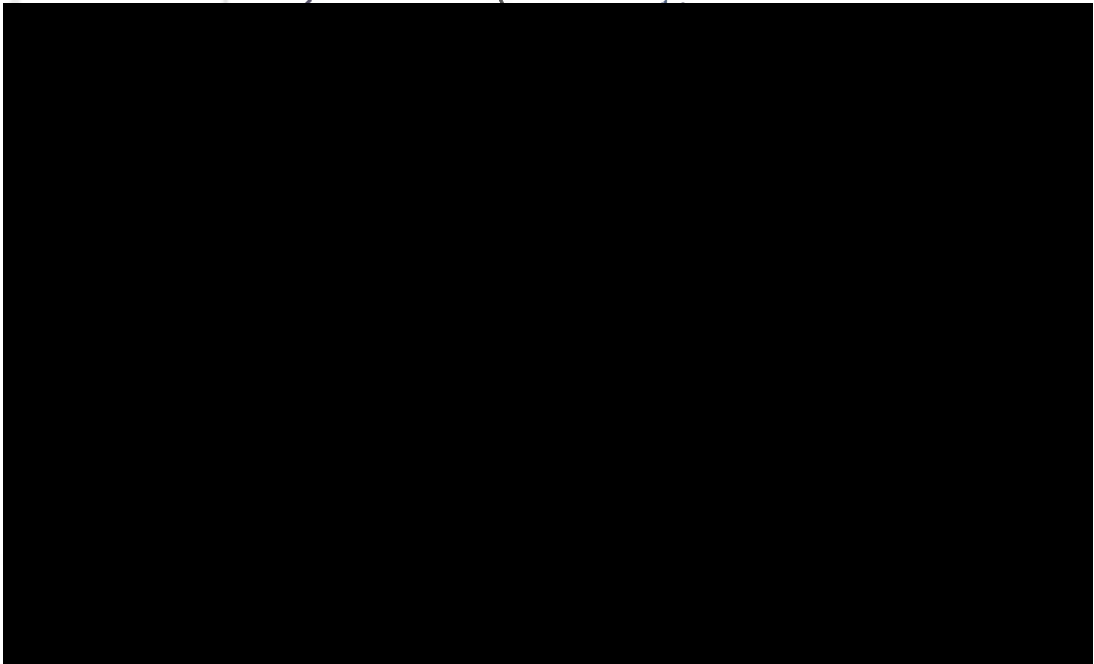
es
ido
al

46

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA



DOMICILIADO
RECIBO EL
BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.



49

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

DOMICILIADO
RECIBO EL

EMERGENCIA y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

[REDACTED]

48

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

4
ICILIADO
BO EL

EMERGENCIA y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

[REDACTED]

[REDACTED]

49

ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

DOMICILIADO
RECIBO EL

ADemás RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

NO
RU
TE
FE
NR
TIF
VIL

[REDACTED]



[REDACTED]

Copia fid al original



ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA



RECIBIENDO
BO EL
BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCIÓN,
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

