



**DIDECO**

Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

03

**INFORME DE PAGO MENSUAL**

**Funcionario: Macarena Paola Moyano Fuentes**

**Rut:** [REDACTED]

**Cargo: Kinesióloga**

**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 2026:

**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 a 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
				<b>24</b> Visita Domiciliaria Mariela Gonzales  Administrativo
<b>27</b>  Validación en terreno  Patricio Castro	<b>28</b>  Actividad de convivencia escolar (Colegio Altair)  Administrativo	<b>29</b>  Entrega botones de emergencia	<b>30</b>  Entrega botones de emergencia	



04

**Calendario de actividades mes Mayo**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
				<b>01</b> Feriado irrenunciable
<b>04</b> Taller sensibilización Colegio Altair  Administrativo	<b>05</b> Visita domiciliaria Eliana Venegas Luis Velasquez Jeria Dylan Contreras Rupertina Pizarro Laura Alfaro (Fallida) Patricia Comejo	<b>06</b> Gestión de casos  Administrativo	<b>07</b> Visita domiciliaria Alicia Lepe Zulema Isla Olga García Elizabeth Vallejos	<b>08</b> Gestión de casos  Administrativo
<b>11</b> Visita domiciliaria Rosalba Martínez Luis Martínez Teobalda Altamirano Ana Zapata Segundo Gonzales Juan Gallardo	<b>12</b> Gestión de casos  Administrativo	<b>13</b> Ema Cantillana (Fallida) Bernarda Savignone María Pizarro José Cardoza	<b>14</b> Visita domiciliaria (Rural) Carlos Rojas Silvia Pulgar  Taller Adulto mayor	<b>15</b> Visita domiciliaria Mariela Gonzales Marcos Catalàn Luis Gutiérrez  Administrativo
<b>18</b> Visita Domiciliaria Oservanda Pasten Susy Espinosa Margarita Arroyo  Administrativo	<b>19</b> reunión Presencial: análisis del instrumento (PC N°11, registro de campo PRLAC)  Administrativo	<b>20</b> Visita Domiciliaria Claudina Quinchavil Carmelita Barrera Margarita Lineros José Aguilera Francisco Petit	<b>21</b> <b>Feriado legal</b>	<b>22</b> Gestión de casos  Administrativo

**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.

-Se realiza reunión Presencial: análisis del instrumento (PC N°11, registro de campo PRLAC)



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

Se está realizando planificación de las fechas y los lugares para los talleres programados durante el presente año.

- Se realiza taller de convivencia escolar en Colegio Altair.



- Se realiza taller de sensibilización en Colegio Altair.

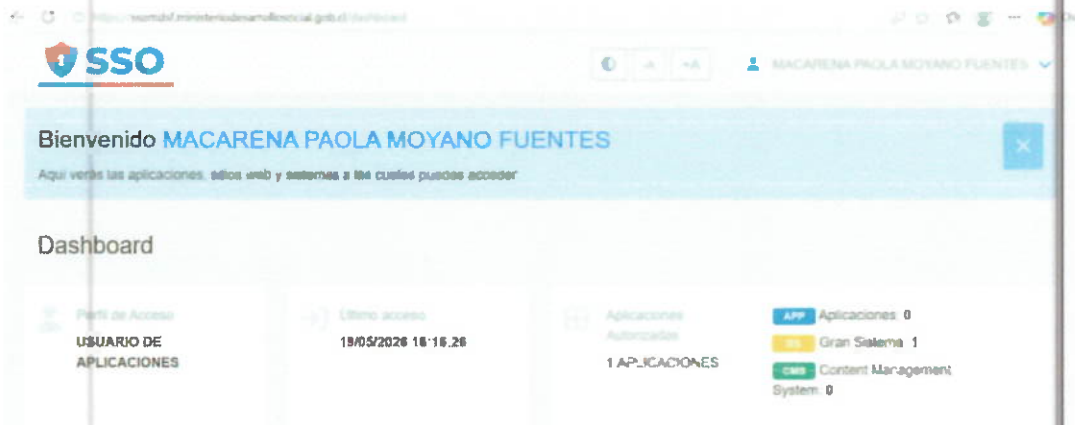


- Se realiza taller en Club de adulto mayor Las Clavelinas (rural).



- **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 realiza entregar de botones de emergencia.



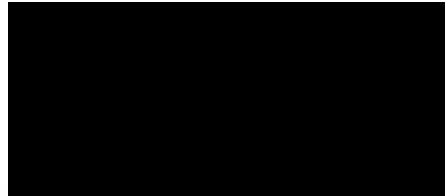


**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

04



**Macarena Paola Moyano Fuentes**



✓



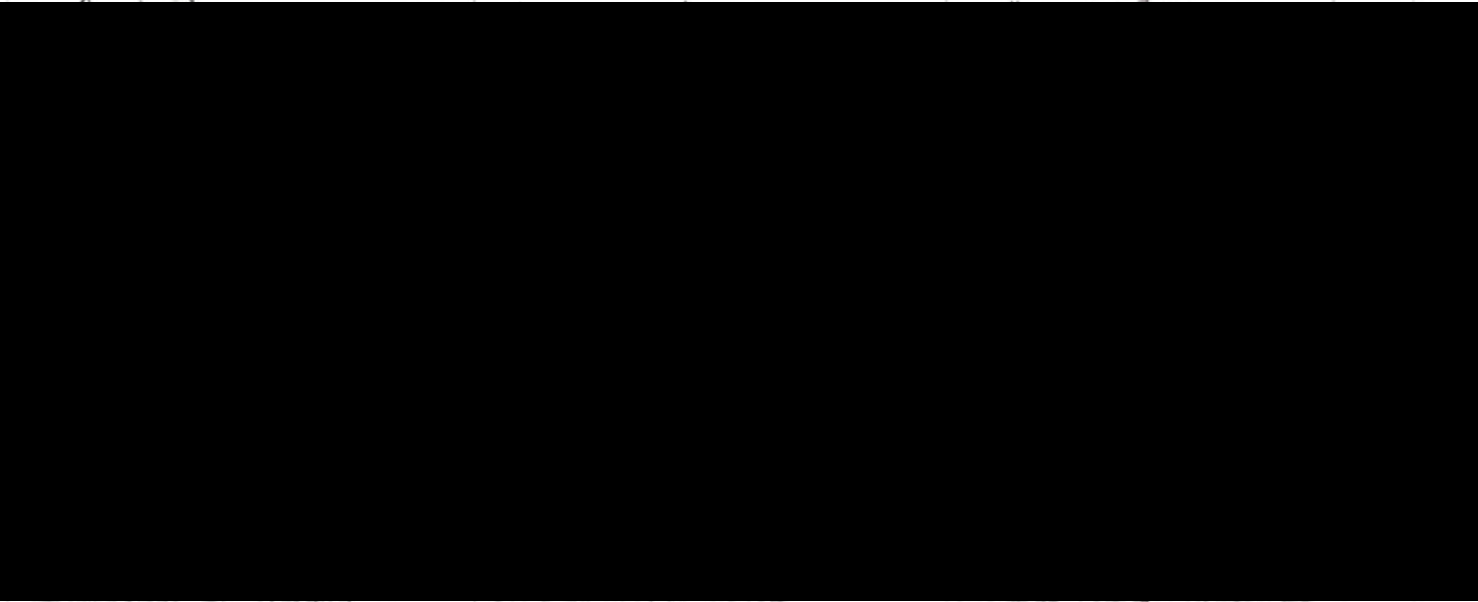
08

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	27/04/2022
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Duque de Caxa
Lugar de realización	Oficina de Apoyos

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

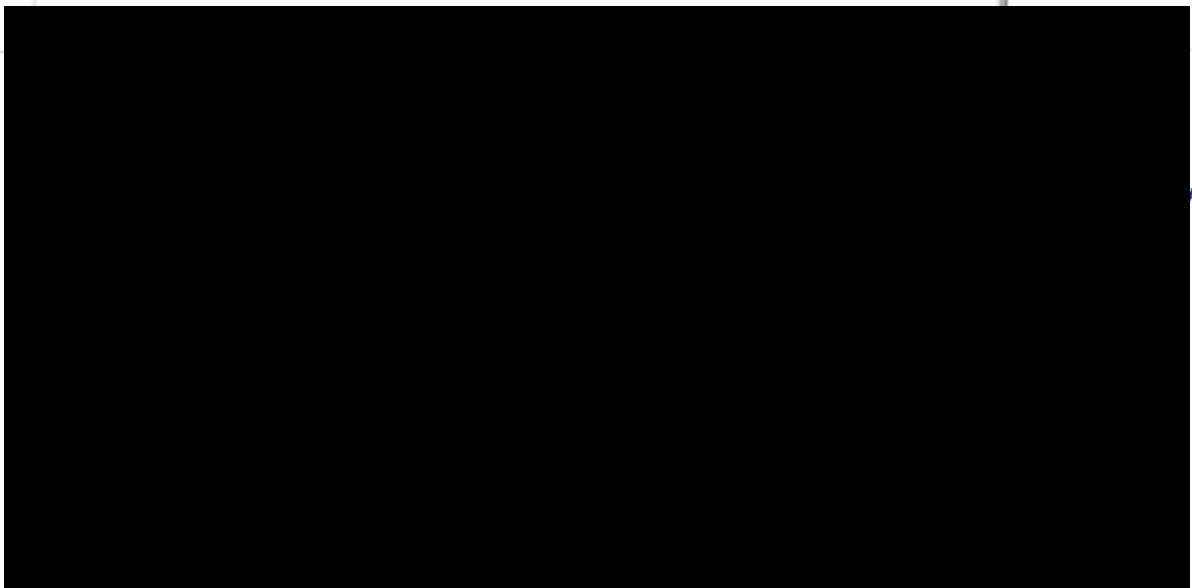


### Desarrollo

Se realizó actividad de autoevaluación realizada por parte del Comité de Apoyos, realizamos actividad de juego interactivo.

- El Circuito de aprendizaje
- Dos verdades y una mentira
- Técnica Round Robin
- Pregunta abierta con Act. Técnica

Estas técnicas son para prevenir temas malos y mejorar el trabajo diario



09

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

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

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

### Desarrollo

Se realizó Anticipo: entre equipos SFO y SSEE: verificación de los activos y coordinación con las Comunas, Planes de Paradas estratégicas de intervención multidisciplinaria y Seguimiento de usuarios con mayor vulnerabilidad

Marcia Bahamondes  
 (M) Coordinadora SSEE (C)

[Redacted Content]



10

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	15.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	San Antonio
Lugar de realización	Oficina Municipal

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

--	--	--

### Desarrollo

Se hizo un breve resumen de la agenda entre los puntos 1º y 5º de la agenda en concordancia con lo que se acordó en la reunión anterior. Se aprobó el informe de la comisión de Asesoría y Seguimiento. Durante la jornada se revisaron los avances de los proyectos de desarrollo comunitario y se acordó el seguimiento de los mismos por parte de la comisión y los involucrados.





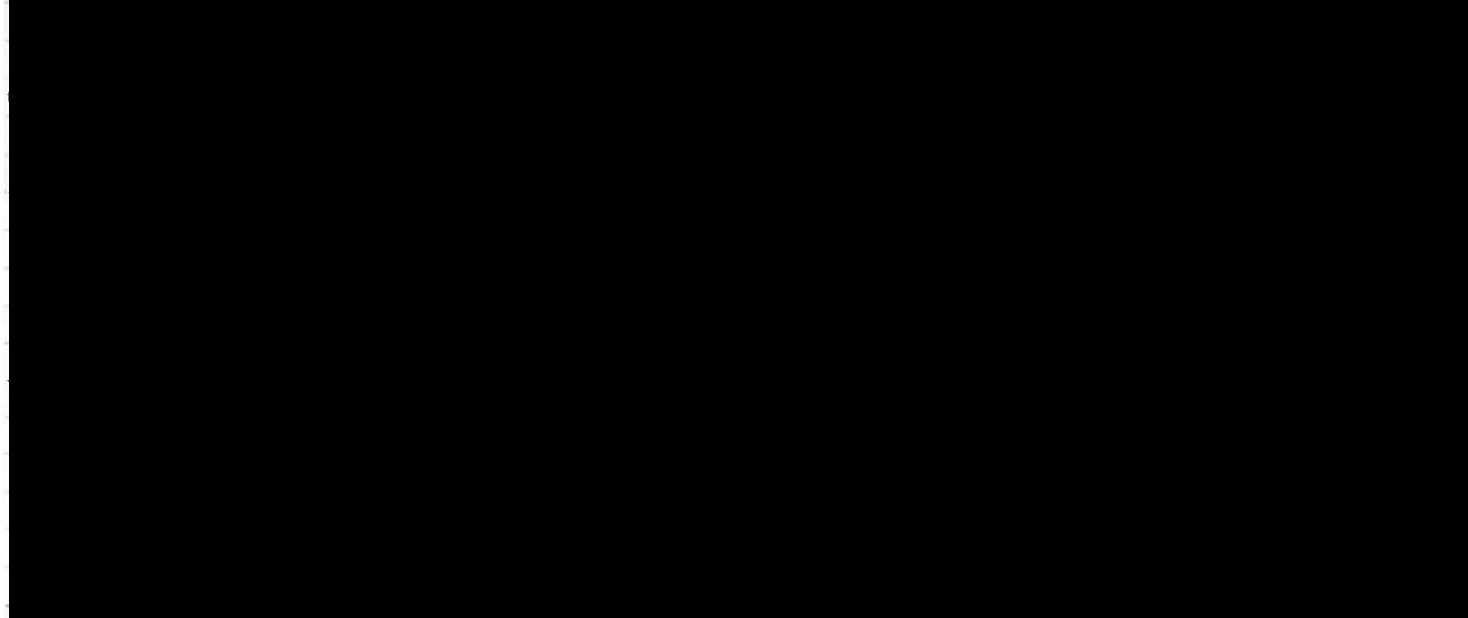
# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

11

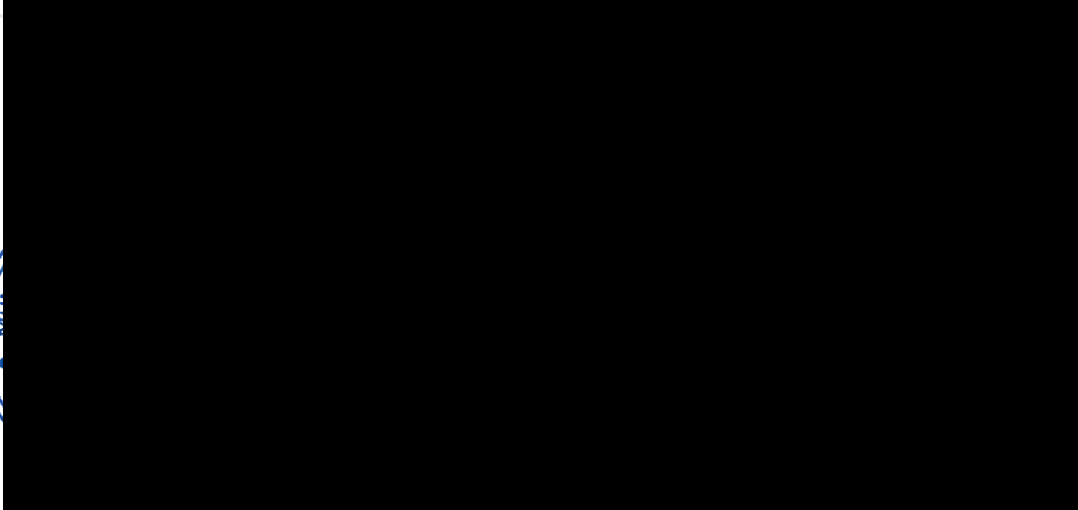
Fecha	22/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Lastra Huelmo
Lugar de realización	Oficina Regional

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



### Desarrollo

Se realiza reunión de campo 40 y 500. Se realiza y se firma el Acta, Encargado de Programa. Se realiza recordatorio de los tipos de actividades y los mejores a realizar.



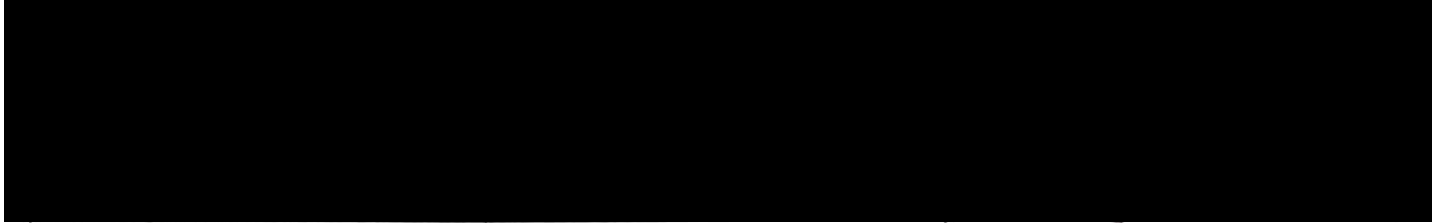
TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha	27-28-29-30 abril.
Hora	8:30 - 17:30
Comuna	Puerto Huelmo
Lugar de realización	Casa Karlen
Participantes	

(17)

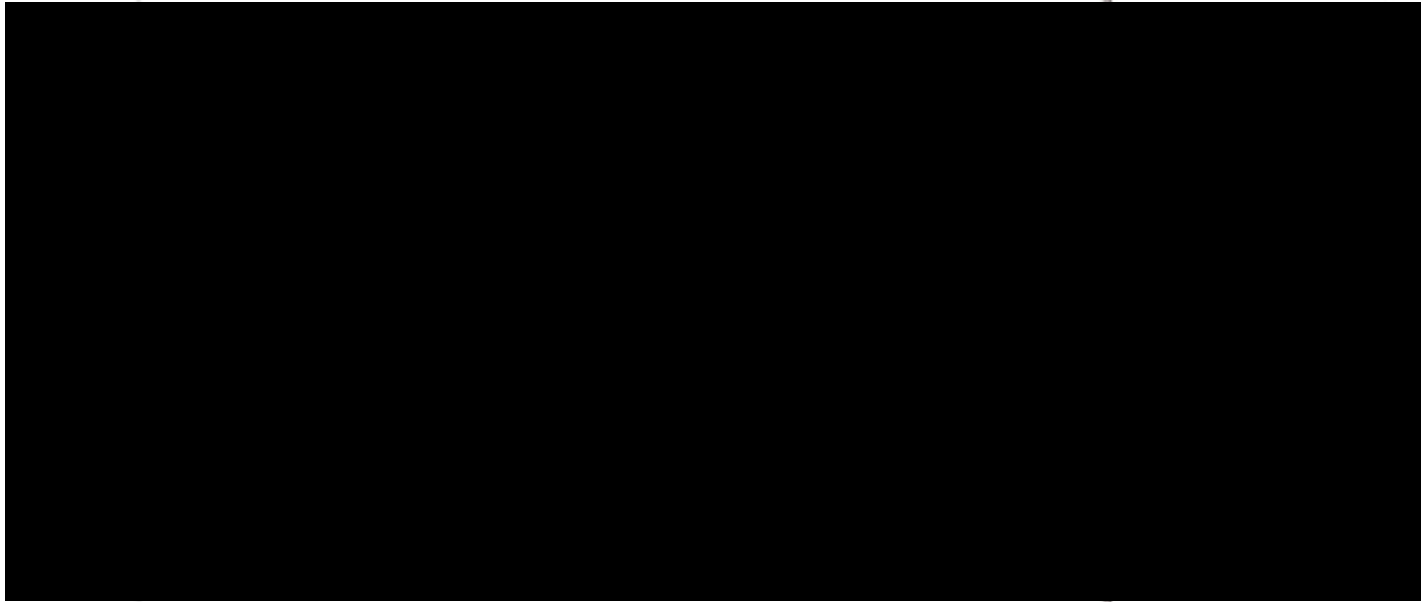
Apoyos  
Cuidados

Nombre Apellido Cargo, institución o Programa Correo electrónico




N° Temas de trabajo

	Forma de los
	trabajos administrativos











24/04/20

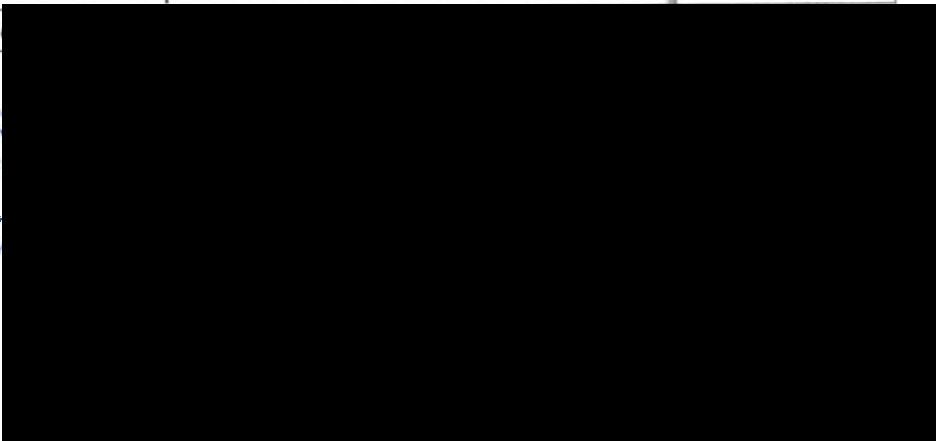
16

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

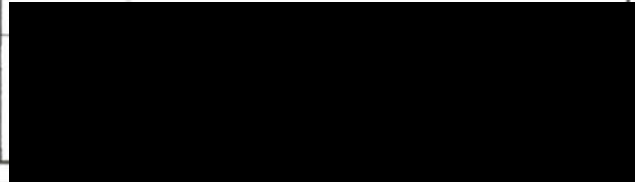
Especialidad Neurología

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 las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado

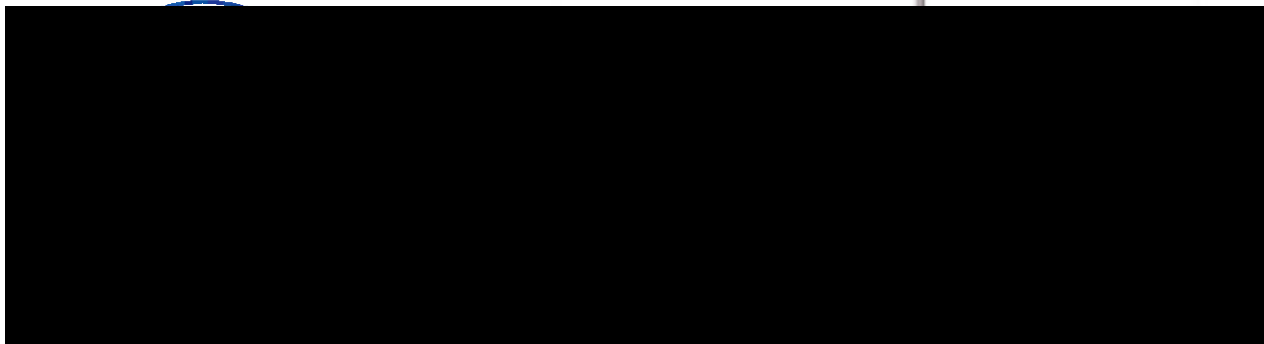


Horario: 10:30	N° de Sesión: 7
Fecha de sesión: 24/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: <i>investigación</i>	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
2-3	
<b>Observaciones</b> <i>Navela Gonzales</i>	



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:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
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:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
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:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

17

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:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
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:	
<b>SSEE Ámbitos</b>	
<b>Observaciones</b>	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

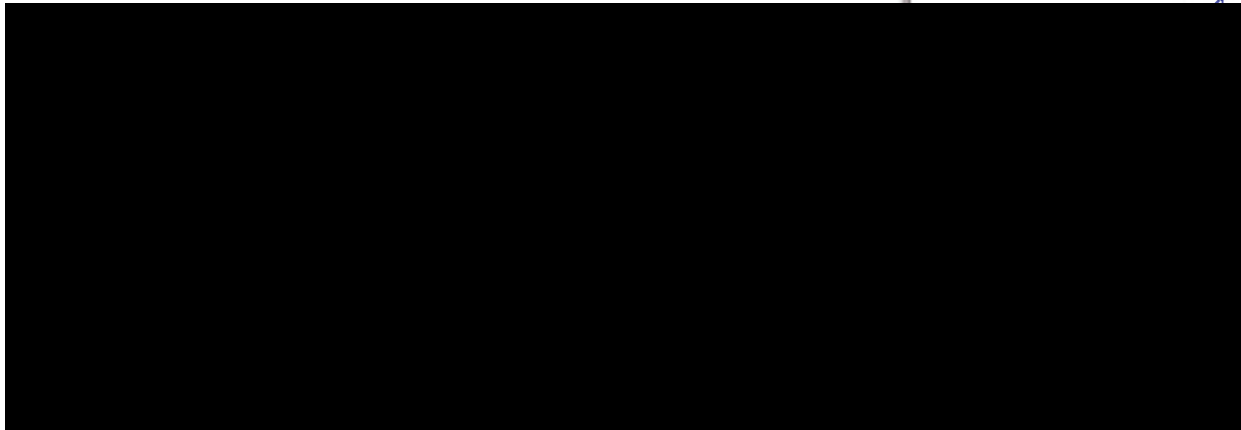


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesiólogía.

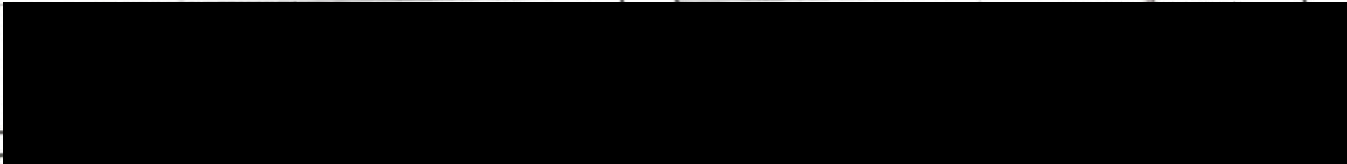
1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
2	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
3	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
4	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
5	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
6	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
7	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
8	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
9	ID		
	Nombre 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 las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 05/05/20	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: evaluación	
Observaciones: Eliana Venegas	

Horario: 11:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 05/05/20	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: evaluación	
Observaciones: Luis Velasquez Jerez	



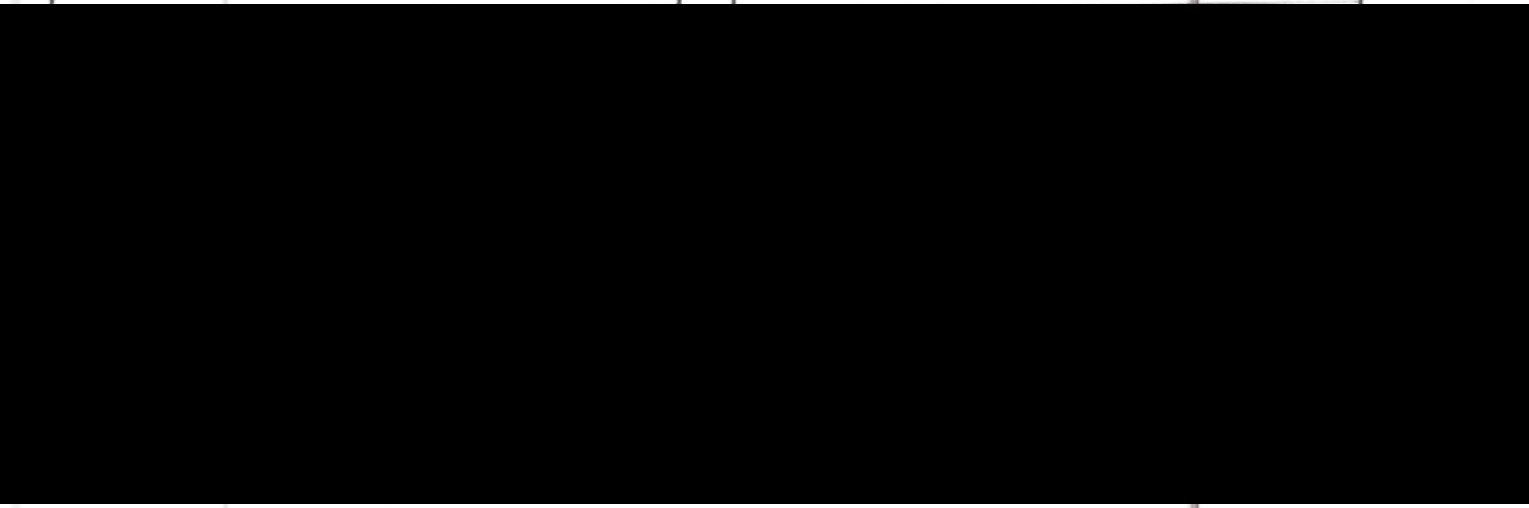
Horario: 12:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 05/05/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: evaluación	
Observaciones: Dylem Contreras	

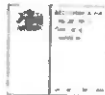
Horario: 1:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 05/05/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Tuper hner.	



Horario: 2:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 05/05/20	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: FALLIDA	
Observaciones: Laura Alfaro	

Horario: 3:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 05/05/20	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: evaluación	
Observaciones: Patricia Cornejo	





### 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 las responsabilidades de cuidado

11

Horario: 10:30	N° de Sesión: 4.
Fecha de sesión: 07/05/20	
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: kinesiología.	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Alicia Lepi.	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 11:30	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 07/05/20	
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: kinesiología	
SSEE Ámbitos: Evaluación	
Observaciones: Zulena Isla. Usaria se encuentra con crisis de ansiedad por reciente duelo.	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

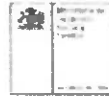
21

Horario: 12:50	N° de Sesión: 1.
Fecha de sesión: 07/05/20	
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: kinesiología.	
SSEE Ámbitos: evaluación	
Observaciones: Olga Encarnación.	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario: 2.00 -	N° de Sesión: 2.
Fecha de sesión: 07/05/20	
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: kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Elizabeth Valles se deja parte de ejercicios y manual para realizarlo.	
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



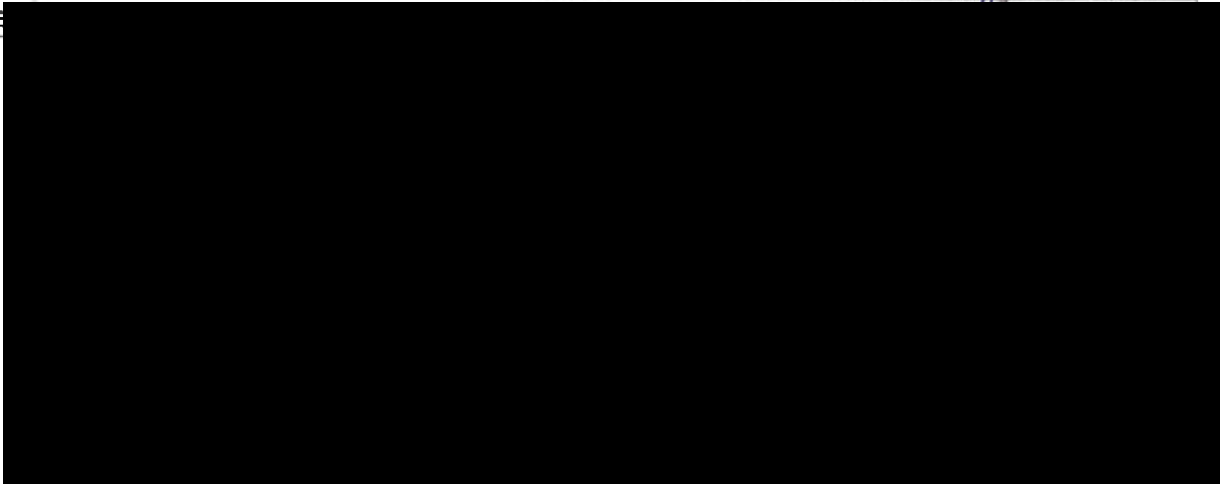
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

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 las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar

Marcia Bhamondes



Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/26	
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: Kinesología	
SSEE Ámbitos 2-3	
Observaciones Rosalba Martínez	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/26	
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: Kinesología	
SSEE Ámbitos 2-3	
Observaciones Luis Martínez	

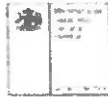
73

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/26	
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: Kinesología	
SSEE Ámbitos 2-3	
Observaciones Teobaldo Altamirano Usaria masenta dolor en articulación (rodilla derecha)	

Horario: 13:20	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/26	
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: Kinesología	
SSEE Ámbitos 2-3	
Observaciones Segundo González	

Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/26	
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: Kinesología	
SSEE Ámbitos 2-3	
Observaciones Ana Zapata	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/05/26	
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: Kinesología	
SSEE Ámbitos	
Observaciones Juan Gallardo	



13/05/20.

24

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidador	
2	ID	
	Nombre Usuario/Cuidador	
3	ID	
	Nombre Usuario/Cuidador	
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidador	
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 las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 11:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 13/05/26	
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: Kinesiólogos	
SSEE Ámbitos	Evaluación
Observaciones	Bernarda Savignone

Horario: 12:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 13/05/26	
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	Kinesiólogos
Observaciones	(FALLIDA) Camillana se llama y no contesta

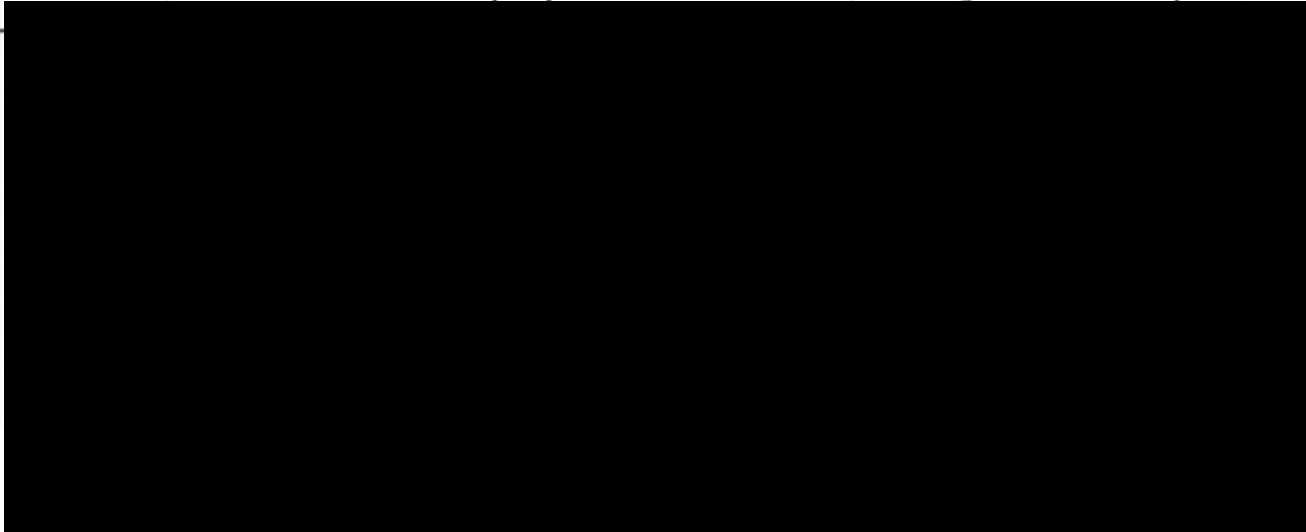
25

Horario: 11:00	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 13/05/26	
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: Kinesiólogos	
SSEE Ámbitos	Evaluación
Observaciones	Mania Pizarro

Horario: 2:00	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 13/05/26	
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: Kinesiólogos	
SSEE Ámbitos	2-3
Observaciones	José Cardona

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



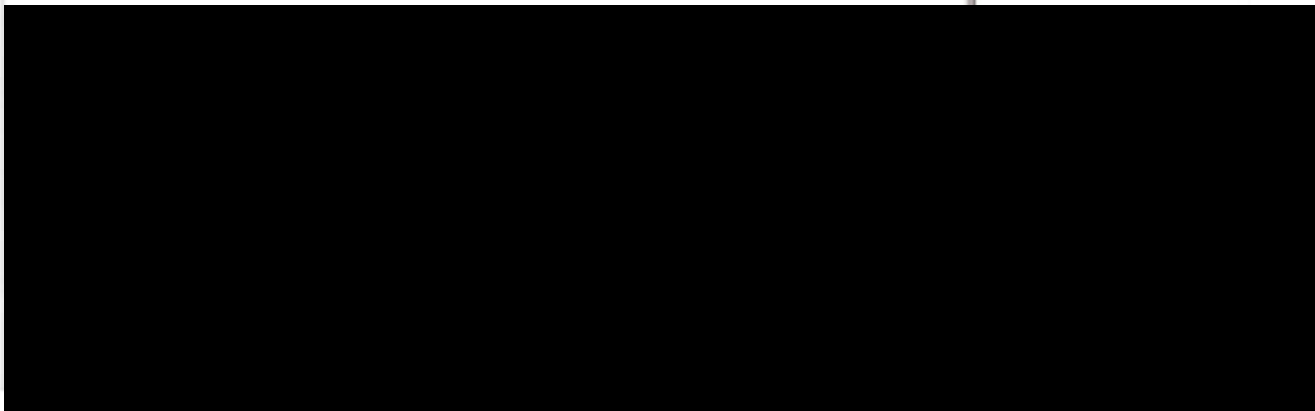


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

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 las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 16:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/26	
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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	
2-3	
Observaciones	
Alvar Polgar	

Horario: 17:20	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/05/26	
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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	
2-3	
Observaciones	
Carlos Rojas Henz	

74

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	
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

[Redacted area]

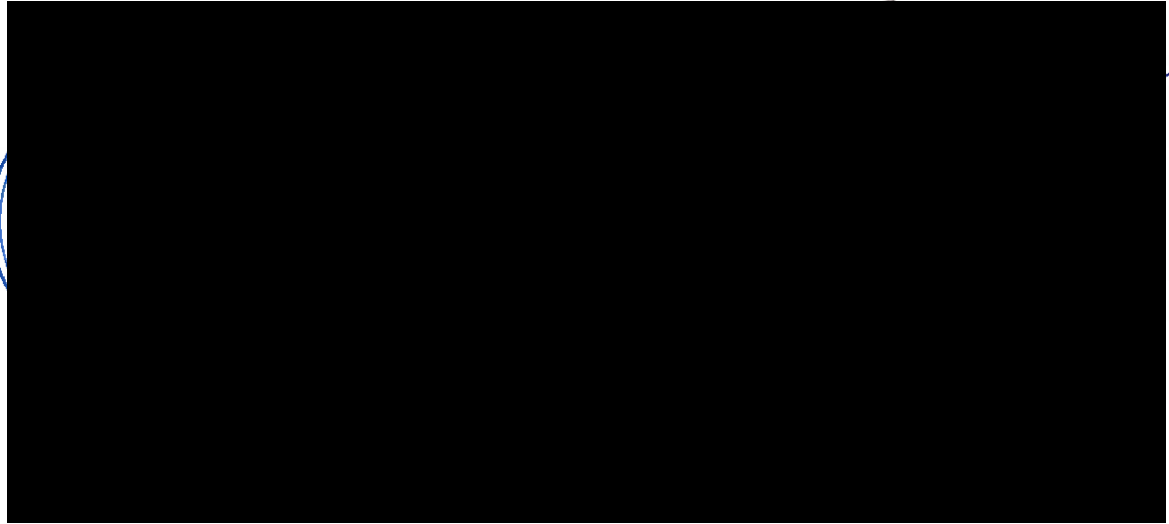


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

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	

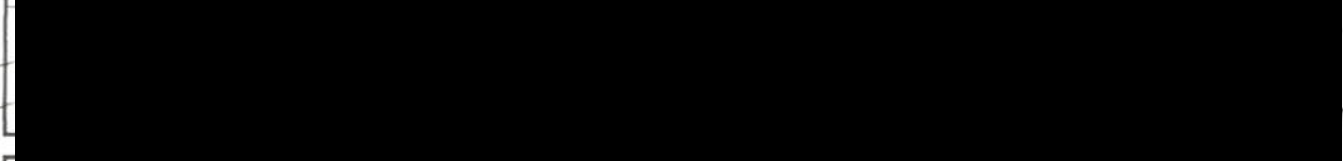
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias 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 las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar en salud y autocuidado



29

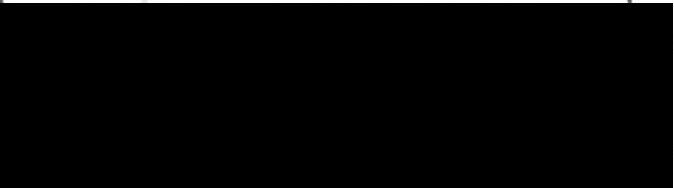
Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	
2-3	
Observaciones	
st 9876 / FC 77 Mariana Gonzalez	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/05/26	
Realizarlo: 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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	
2-3	
Observaciones	
Medias Catalán	



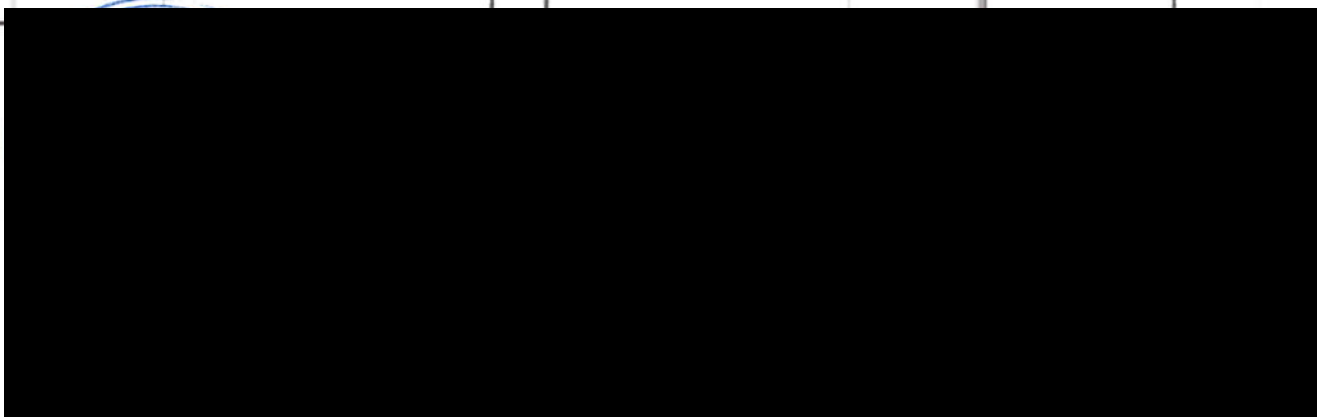
Horario: 12:40	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/05/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	
2-3	
Observaciones	
Luis Gutierrez G.	

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	





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
11	Bienestar e

Horario: 12:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 18/05/26	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: osivanda Perten	

Horario: 12:35	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 18/05/26	
Realizarlo: 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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: SUSY ESPINOSA	

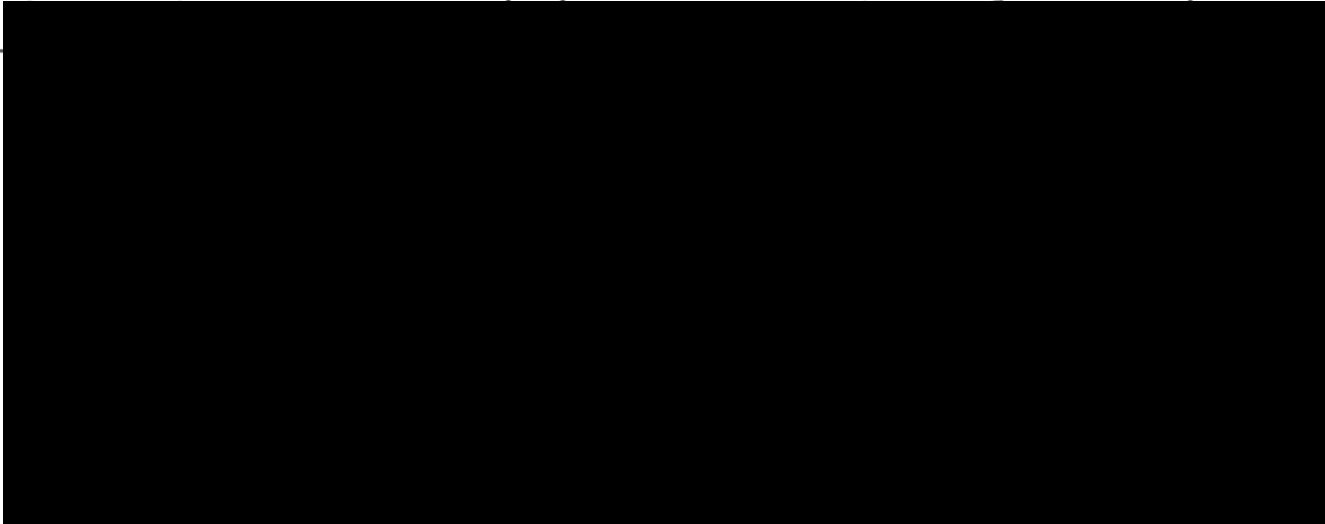
(2)

Horario: 2:20	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 18/05/26	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Nansquita Arroyo	

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

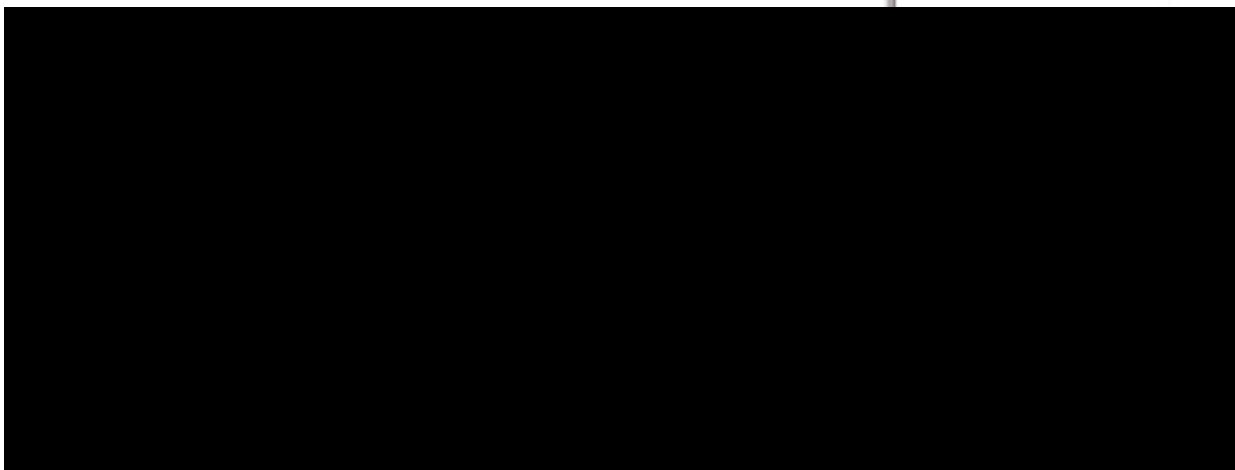


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

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 las responsabilidades de cuidado	
11	Bienestar en salud y autocuidado	



Horario: 11:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 2010/12/6	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: Evaluación	
Observaciones: Claudina Quinchay /	

Horario: 12:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 2010/12/6	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Carmelita Buisson	

Horario: 13:30 hrs.	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 2010/12/6	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: Margarita Lireros	

Horario: 2:30 hrs	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 2010/12/6	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	
Observaciones: José Aguilera	

Horario: 11:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 2010/12/6	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: FALLIDA	
Observaciones: Refit. usuario no habio la puerta al tocar el timbre	

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:	



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

27/04/26  
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	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Nombre social	[Redacted]		
Fecha de nacimiento	26 Dic 1963	Edad actual	61 años
Dirección	San Marcos	N°	1972 Dpto.
Villa / Población	todo los sanitos	Otras referencias	
Comuna	Padre Hurtado.	Región	R. Metropolitana
Teléfono 1	957331589	Teléfono 2	

2) Antecedentes Generales

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

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

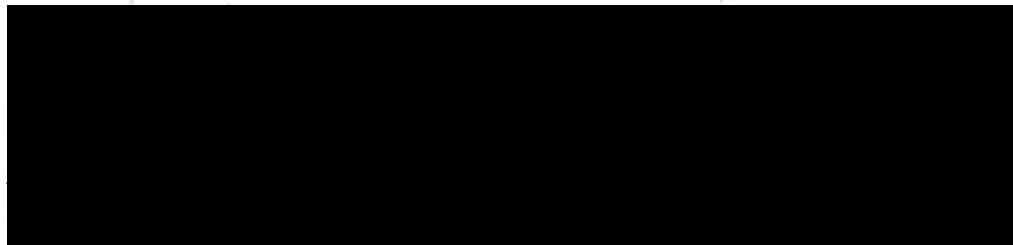
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI  → ¿Cuáles? NO

- 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

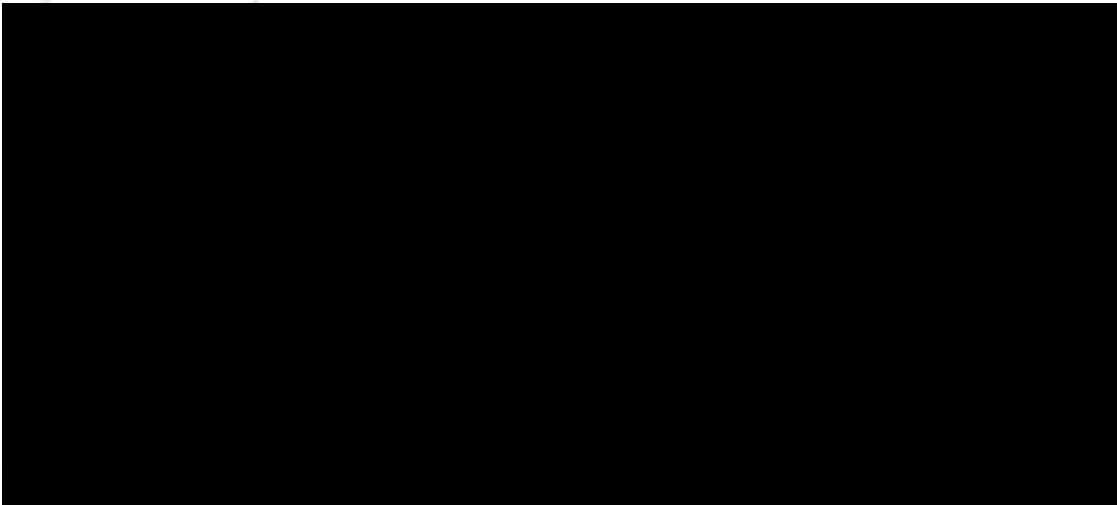
2.5 ¿Le gustaría de su comun...  
Si su respues...

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA



MICILIADO  
CIBO EL  
SFACCIÓN,

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



# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[Redacted]

DOMICILIADO  
RECIBO EL  
BOTÓN DE 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]



# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

ADO  
EL  
ÓN,

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

[REDACTED]

\_\_\_\_\_  
FIRMA

[REDACTED]



[REDACTED]

38

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YO \_\_\_\_\_ 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.

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]



# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

CILIADO  
BO EL

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



40

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

MICILIADO  
CIBO EL  
BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCION.  
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION  
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

NOMBRE [REDACTED]

Marcia Bahamondes

[REDACTED]



(Handwritten mark)

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YO [REDACTED] DOMICILIADO  
[REDACTED] RECIBO EL  
BOTON DE EMERGENCIA Y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCION.  
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION  
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

N  
R  
T  
E  
N  
T  
V

[REDACTED]

Marcia Bahamondes  
Coordinadora SSEE  
Programa Red Local De  
Apoyo Comunitario  
Municipalidad Padre Hurtado

[REDACTED]

(12)

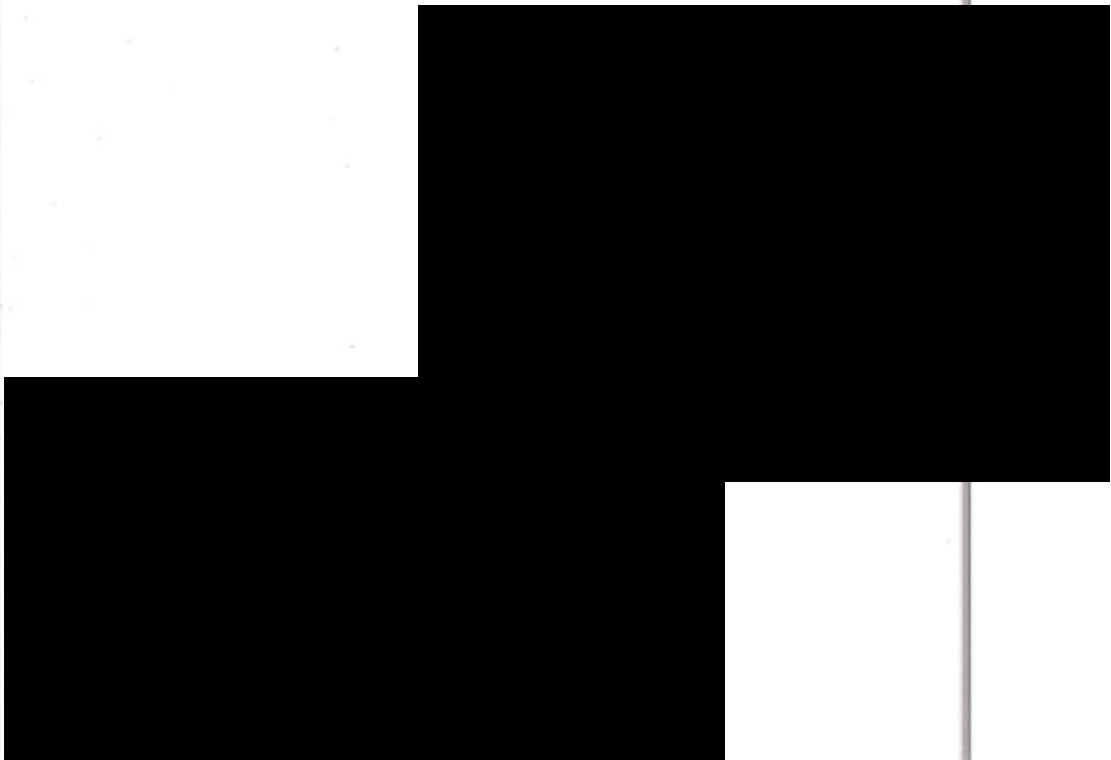
# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

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

1/1



FIRMA



(Handwritten mark)

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[Redacted]

DOMICILIADO  
RECIBO EL

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

[Redacted]

\_\_\_\_\_

[Redacted]

*inal*



144

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

DOMICILIADO  
RECIBO EL  
SATISFACCIÓN.

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

[REDACTED]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VILLA \_\_\_\_\_

[REDACTED]



45

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YO, [REDACTED] DOMICILIADO  
[REDACTED] CIBC EL  
BOTON DE EMERGENCIA y CARGADOR A MI ENTERA SATISFACCION.  
ADEMAS RECIBI POR PARTE DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL LA INDUCCION  
RESPECTO DEL USO Y LA CARTILLA EXPLICATIVA.

NO  
RU  
TE  
FE  
NE  
TI  
VI

[REDACTED]

*original*



46

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

[REDACTED]

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

[REDACTED]

[REDACTED]

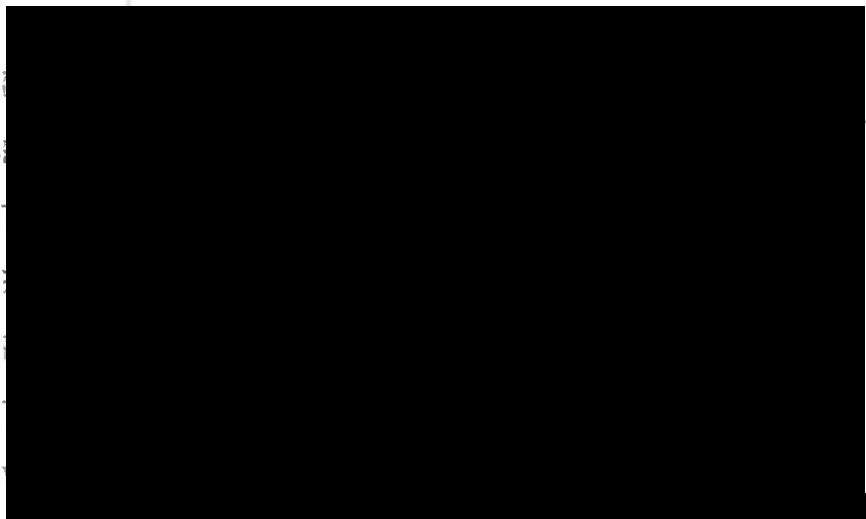
nal

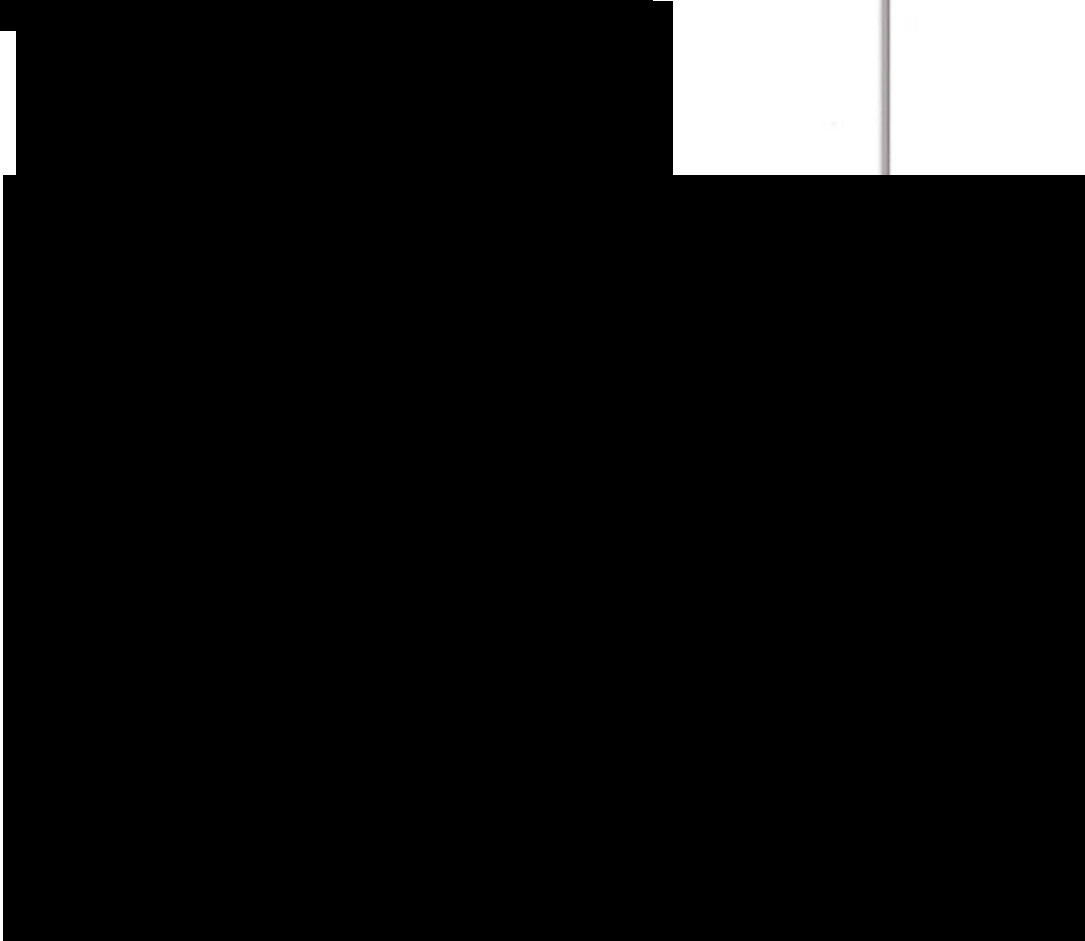




# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

YC.  DOMICILIADO  
EN  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.







48

# ACTA DE ENTREGA BOTONES DE EMERGENCIA

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

[REDACTED]

real.