



### INFORME DE PAGO MENSUAL

**Funcionaria:** Marcia Isabel Bahamondes Lizama.

**Rut:** [REDACTED]

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

**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:

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

Servicios Especializados (SS.EE.) desde el año 2024 cuenta con los siguientes profesionales: Monserrat Aballay Terapeuta Ocupacional; Camilo Donaire Kinesiólogo; Patricia Martínez Podóloga y especialista en Terapias complementarias; y en el año 2026 se incorpora Alison Arguello psicóloga; Macarena Moyano Kinesióloga.

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

Se realiza entrega de pañales, sábanas, alimentación suplementaria y ayudas técnicas de acuerdo con las necesidades manifestadas por los usuarios. Se adjunta acta de entrega de insumos.

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

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

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

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



OP

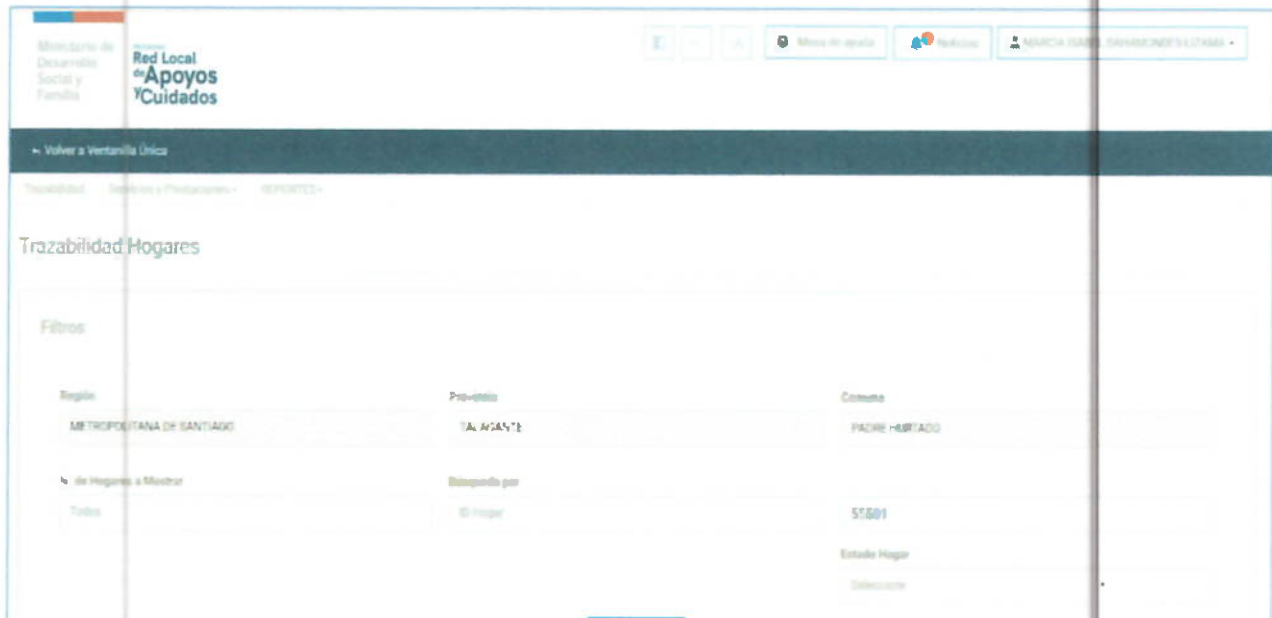
- Realizar el proceso de supervisión y aplicación de encuestas de satisfacción a beneficiarios/as.

Se realizan encuestas correspondientes al mes de mayo, se adjuntan documentos. Las supervisiones se realizaron en el mes de marzo de acuerdo al cronograma del informe técnico, cumpliendo con los requerimientos y fechas establecidas por las orientaciones técnicas entregadas por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

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

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

**Plataforma Sistema Red Local de Apoyos y Cuidados**



- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.

Se participa el 09 de mayo como apoyo en celebración del rol materno y los cuidados.



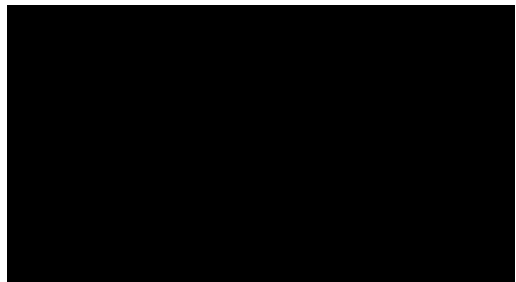


**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
Y Cuidados**

OS



**MARCIA BAHAMONDES LIZAMA**





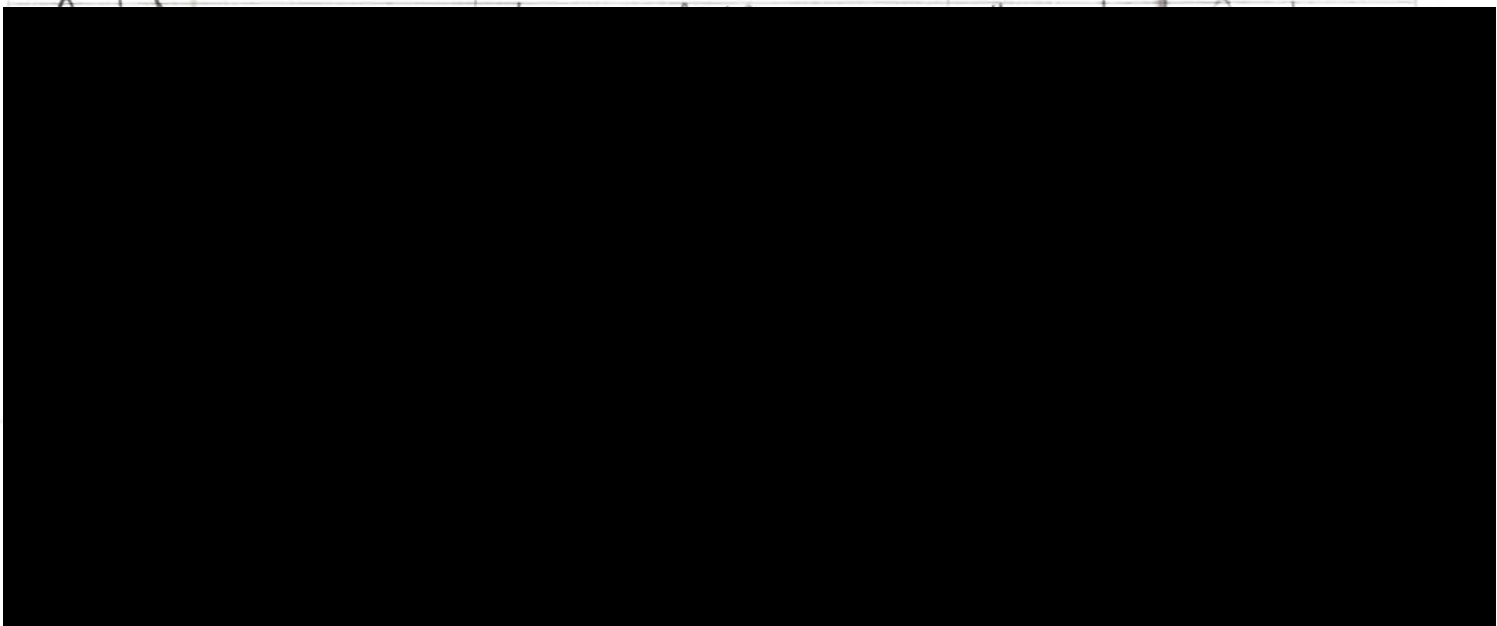
De

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

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

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



### Desarrollo

Se realizó articulación entre equipos S40 y S500 visitando a los actores y coordinadores en cada comuna. Además se planearon estrategias de intervención disciplinaria y seguimiento de usuarios con mayor vulnerabilidad.

Anaís Navarrete  
 Coordinadora SAD  
 Programa Red Local De Apoyos y Cuidados



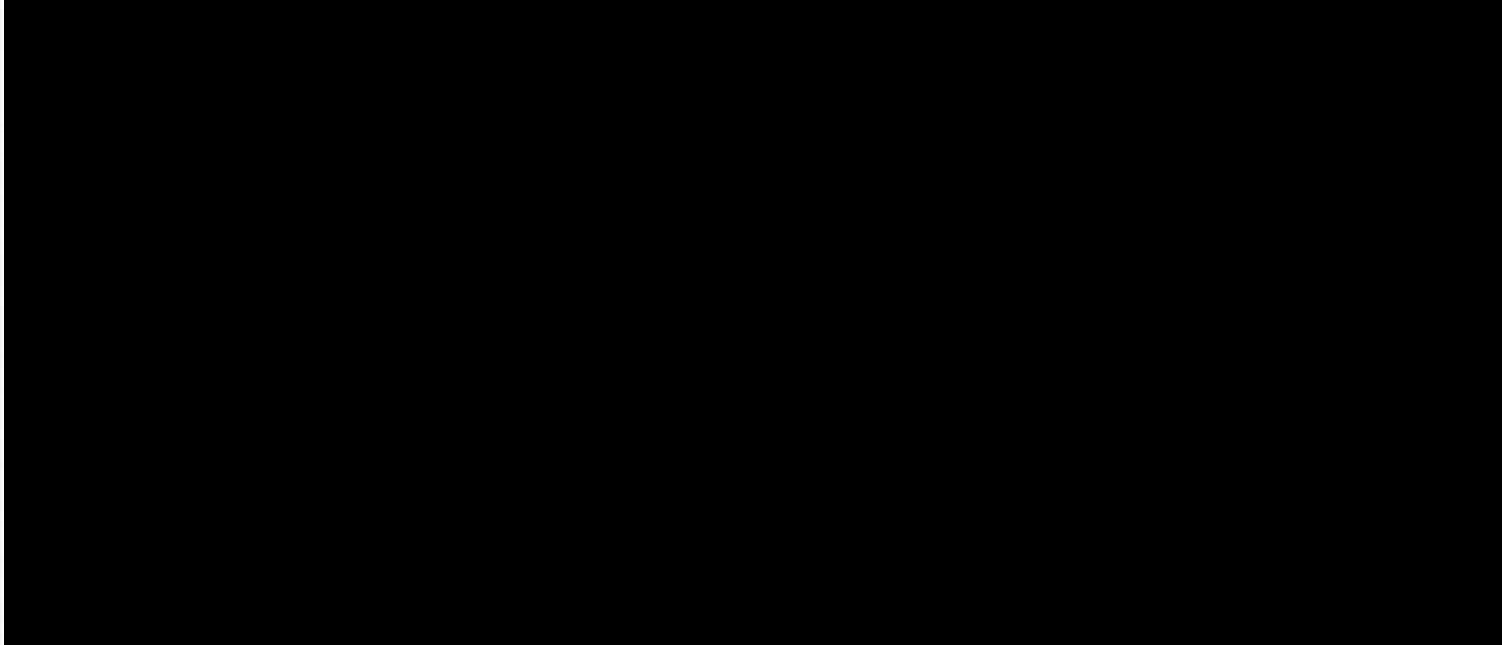


# PRLAC N°04.1

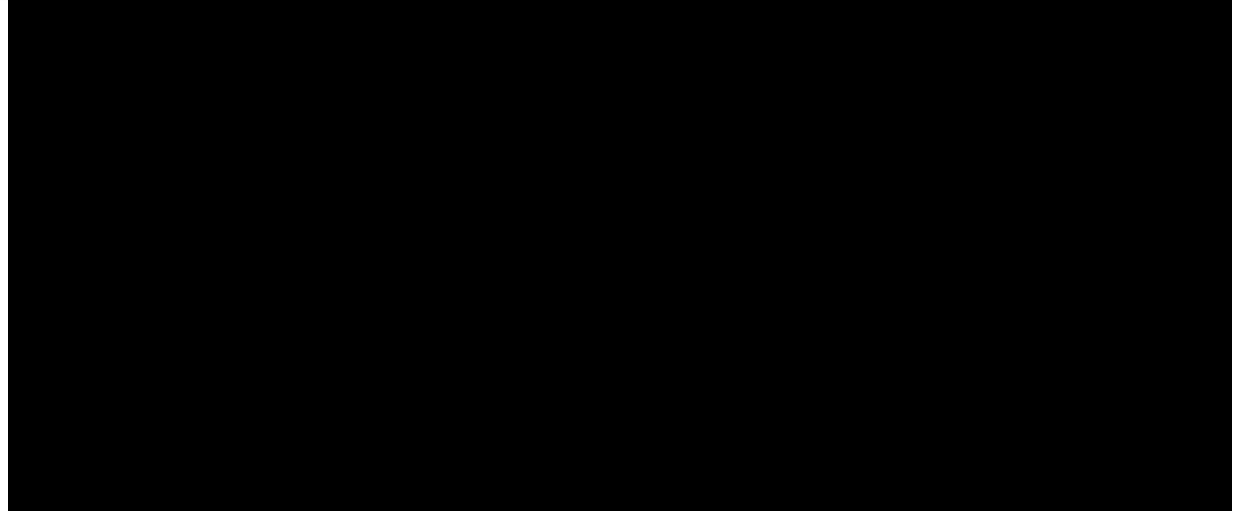
## Acta de Reunión

Fecha	15.10.2026
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Partido Antofagasta
Lugar de realización	Oficina Superior

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



Se hizo un breve resumen conjunto sobre el proyecto 2026 y 2027  
 de apoyo en el desarrollo de la Com. con Nulidad de la  
 Municipal y Provincial. Durante la jornada se revisaron los  
 avances y los riesgos de cumplimiento del proyecto por el usuario  
 y los beneficiarios.





OB

# PRLAC N°04.1

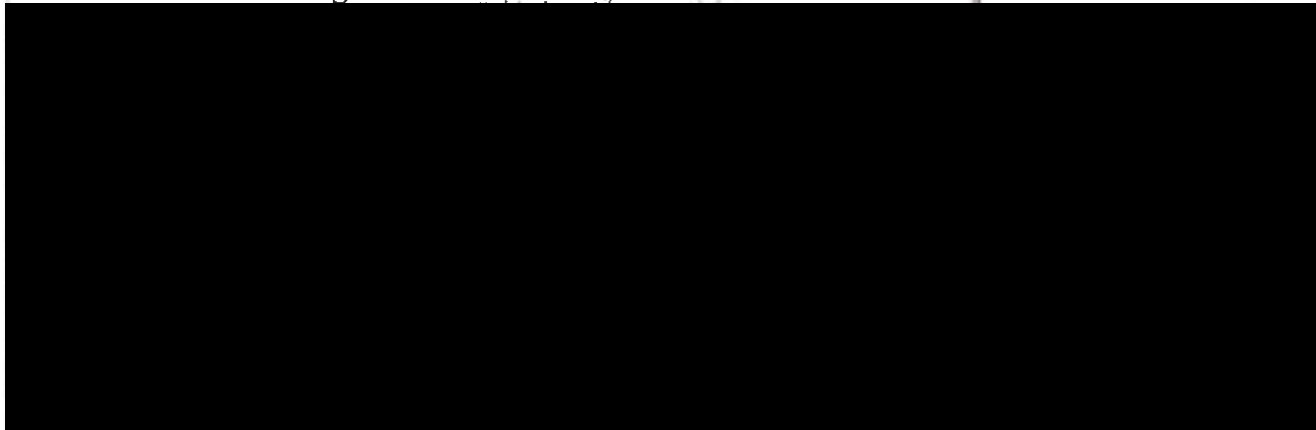
## Acta de Reunión

Fecha	22/05/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Peña Hurtado
Lugar de realización	Oficina Superior

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

--	--	--

Desarrollo
<p>Se realizó reunión de equipo HO y SSO. Se realizó y se hizo a cargo, Encargado de Programa. Se hizo el seguimiento de los datos de cumplimiento y los mejores a realizar.</p>





09

# PRLAC N°04.1

## Acta de Reunión

Fecha	24/04/2020
Hora	14:00 a 17:00
Comuna	Dique Hurtado
Lugar de realización	Oficina propia

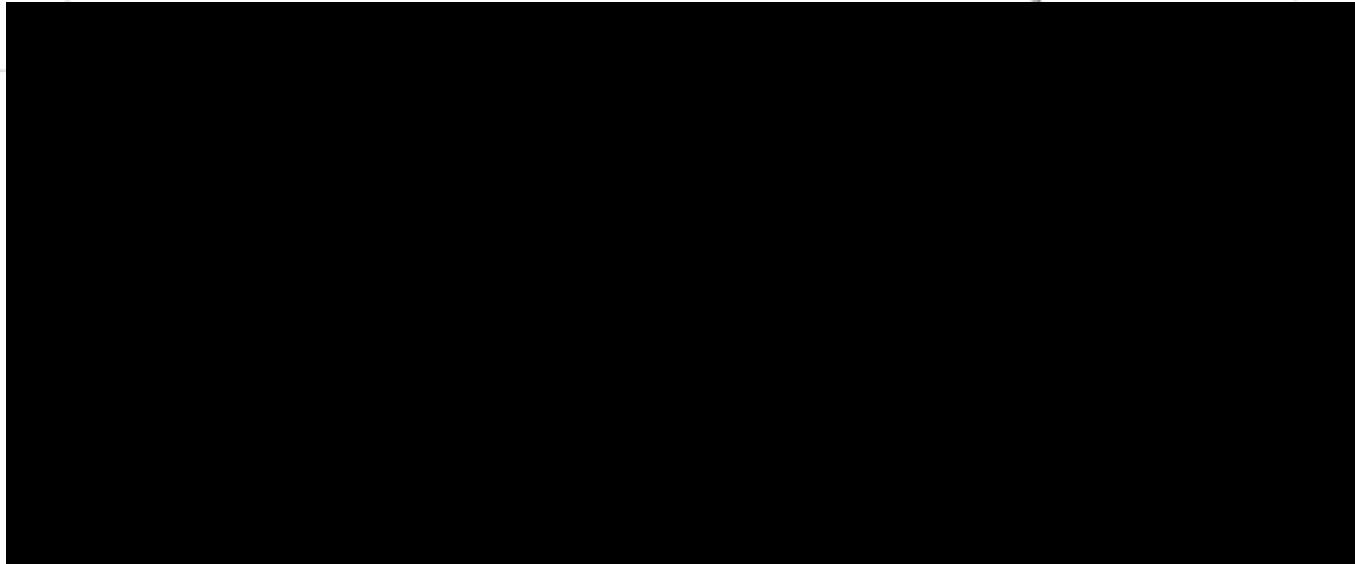
Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
[Redacted]		

### Desarrollo

Se realizó actividad de actualización realizada por parte de Comités, realizamos actividad de juego interactivo.

- El círculo de agradecimiento
- Dos verdades y una mentira.
- Técnica Mindfulness
- Juego activo con tarjetas.

Entre técnicas se fue presentando temas sobre y relación de trabajo rural.



PC

IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Navio Reyes

ORIGINA

55502

PSDF

CP

ID Hogar

Quién Participó

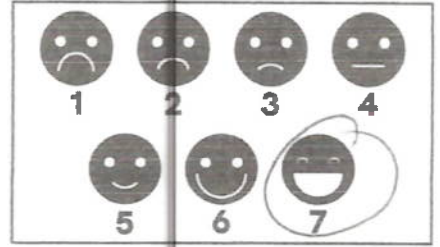
14  
Día

05  
Mes

26  
Año

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

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



## ¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

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

## ¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

### Ayudas Técnicas

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

### Adaptaciones

- Nivelación pisos
- Receptáculo baño
- Pasamanos pasillos
- Rampas de acceso
- Ampliación puertas

### Aseo personal

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Pañales y/o sabanillas

Jabón / jabón gel

Peine adaptado

### Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

### Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

### Alimentación complementaria

Suplementos Alimenticios

### Aseo vivienda/hogar

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

### Equipamiento vivienda/hogar

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

Otro \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

### Observaciones

Usuaría tiene perros muertos en poco castrados.

### Valoración

SAD	
Promedio SS.EE*	♀

Coordinador: \_\_\_\_\_ PREAC: SAD \_\_\_\_\_ SSEE \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

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

PC

IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

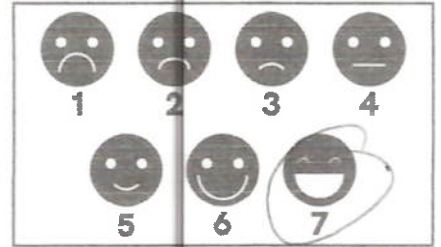
*León Pastorez* ORIGINAL

15105	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
ID Hogar	Quién Participo	

14	05	26
Día	Mes	Año

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

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



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

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

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

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

Observaciones

*Agradecidos por los pañales*

Valoración

SAD	<i>—</i>
Promedio SS.EE*	<i>7</i>
Calificación Final	<i>7</i>

calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este componente.

PC

IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usaria



Red Local de Apoyos Y Cuidados

David Corujo

ORIGINAL

59041

PSDF  CP

17

ID Hogar

Quién Participó

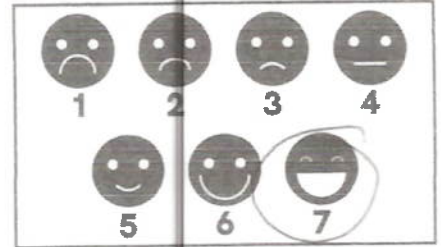
14  
Día

05  
Mes

26  
Año

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

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



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- SAD       Nutrición       Terapia Ocupacional       Psicología  
 Kinesiología       Fonoaudiología       Podología       Peluquería  
 Otro

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

**Ayudas Técnicas**

- Bastón
- Andador
- Silla de rueda estandar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portátil
- Confeccion ayudas tecnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

**Adaptaciones**

- Nivelacion pisos
- Receptáculo baño
- Pasamanos pasillos
- Rampas de acceso
- Ampliación puertas

**Aseo personal**

- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Pañales y/o sabanillas

- Jabón / jabón gel
- Peine adaptado

**Artículos de cuidado**

- Gasa
- Algodon
- Alcohol
- Cremas antiescaras

**Indumentaria usuario/a**

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

**Alimentación complementaria**

- Suplementos Alimenticios

**Aseo vivienda/hogar**

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

**Equipamiento vivienda/hogar**

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

Otro

Otro

Otro

Otro

**Observaciones**

Usario ha retomado de fumar. Ocasional los servicios

**Valoración**

SAD	—
Promedio SS.EE*	7
Calificación Final	7

calificaciones, dividido por la e

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Miguel Fuentes  
Nombre PSDF  
Florisio Rosales  
Nombre CP

ID Hogar

5552217

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
	08/05 2026	Bastón	4 Apoyos.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	[Redacted]

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas...  
\*Por este acto, declaro recibir conforme adquiridos para los fines que fueron ad...

[Redacted signature area]

**SSEE**  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

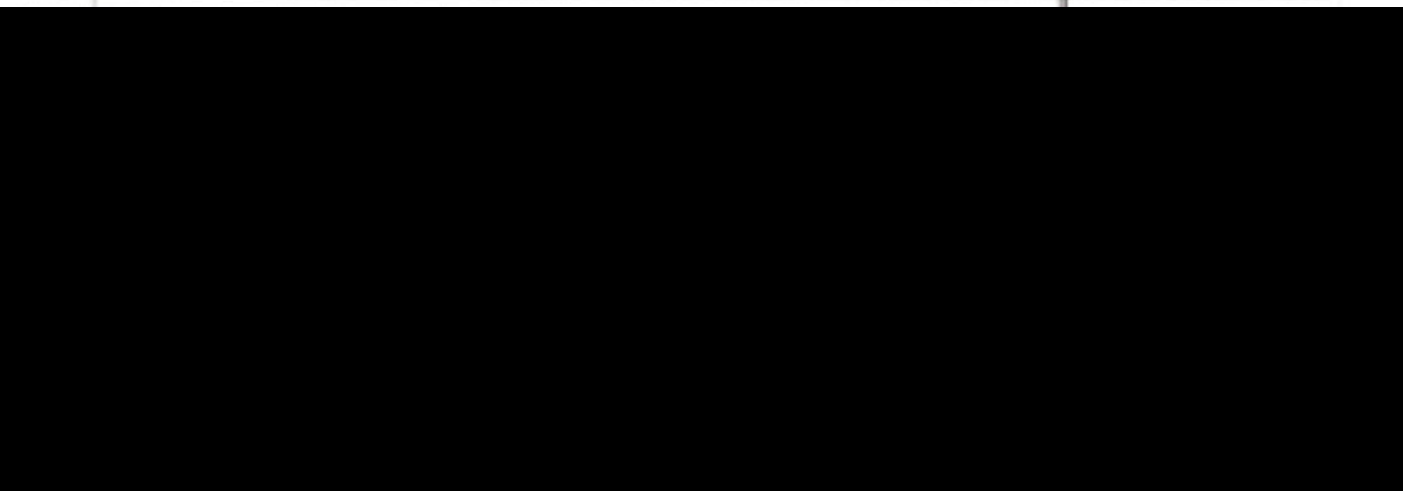
Nombre PSDF: Casualiter Pérez  
Nombre CP: \_\_\_\_\_

ID Hogar

201658

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
	07/05 2020	Puntos	Toalla 6	1	Si	No	
		Sabonillas	Estándar	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para m...  
\*Por este acto...  
adquiridos p...



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

Rosario Apablaza

Nombre PSDF

ID Hogar

107112

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
08/05 2026		Papeles	Taller 6	1	Si	No	
		Dobovillitas	Es bündols	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para...  
\*Por este act...  
adquiridos...

SSEE  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

Nombre PSDF  
*Elizabeth Vallejos*

Nombre CP

ID Hogar

*16*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
	<i>07/05 2026</i>	<i>Sabonillos</i>	<i>Asteroides</i>	<i>3</i>	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medic  
\*Por este acto, dec  
adquiridos para i

SSEE  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

*Cosman Godoy.*  
Nombre PSDF

Nombre CP

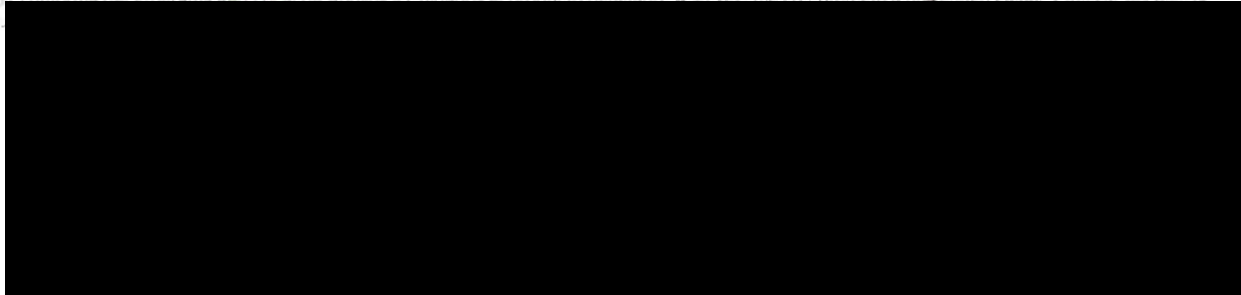
ID Hogar

*20107*

*15*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de
	<i>07/05 2026</i>	<i>Sabonillos</i>	<i>Estándar</i>	<i>3</i>	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de
		<i>Sabonillos</i>	<i>Estándar</i>	<i>3</i>	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
 \*Por este acto, declaro/recibo conforme al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los fines que...



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

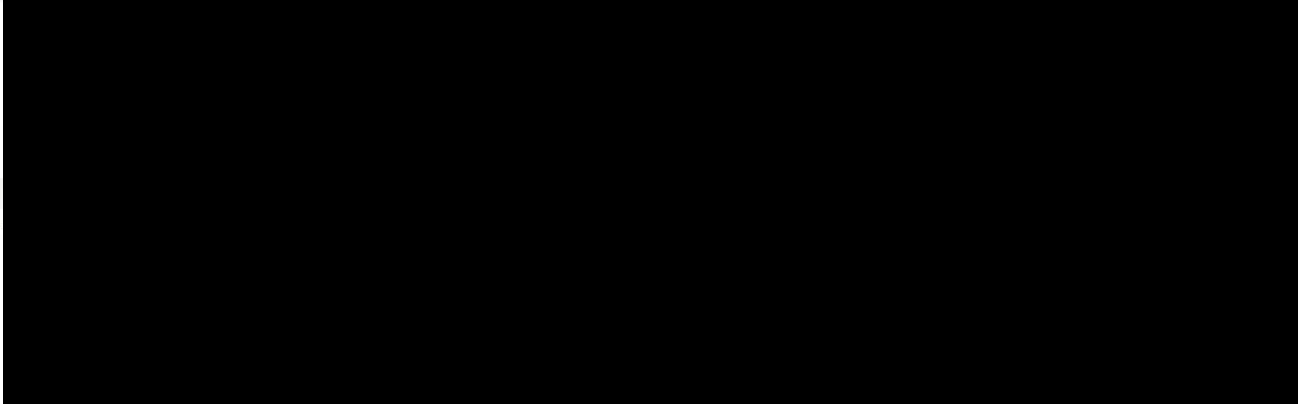
ORIGINAL

Nombre PSDF: *Constan Delgado*  
Nombre CP: *Rebeca Castillo*

ID Hogar: *13081*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
	<i>02/05 2026</i>	<i>Pantallas</i>	<i>Talla 6</i>	<i>1</i>	Si	No	
		<i>Servilletas</i>	<i>Estándar</i>	<i>3</i>	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

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



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



Ministerio de  
Desarrollo  
Social y  
Familia

Gobierno de Chile

PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

Prudencia Arizón

Nombre PSDF

Nombre CP

ID Hogar

87740

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	07/08 2020	Papeles	Talla. M	36/2	Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos  
\*Por este acto, declaro que los insumos  
adquiridos para los fines



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

*Roberto Juan Restrepo*  
Nombre PSDF

ID Hogar

18643

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		
	04/05 2020	Panales	Talla G	1/36	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicación  
\*Por este acto, declaro que los insumos  
adquiridos para el hogar



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: Mariela González

ID Hogar

Nombre CP

1169400

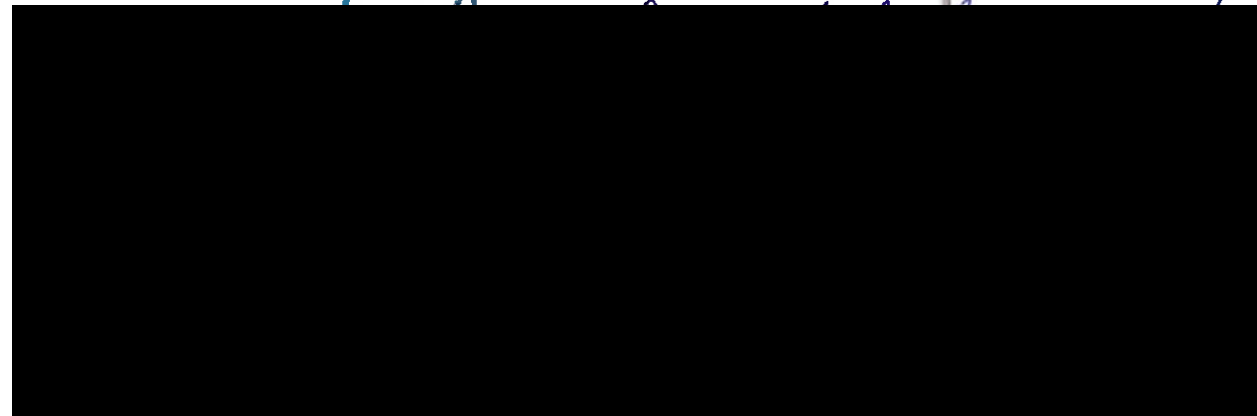
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	04/05 2020	Pautas	Talla 6	36/1	Si	No	
		Sabonillos		4	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

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

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

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

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



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDI: Juan Gallardo

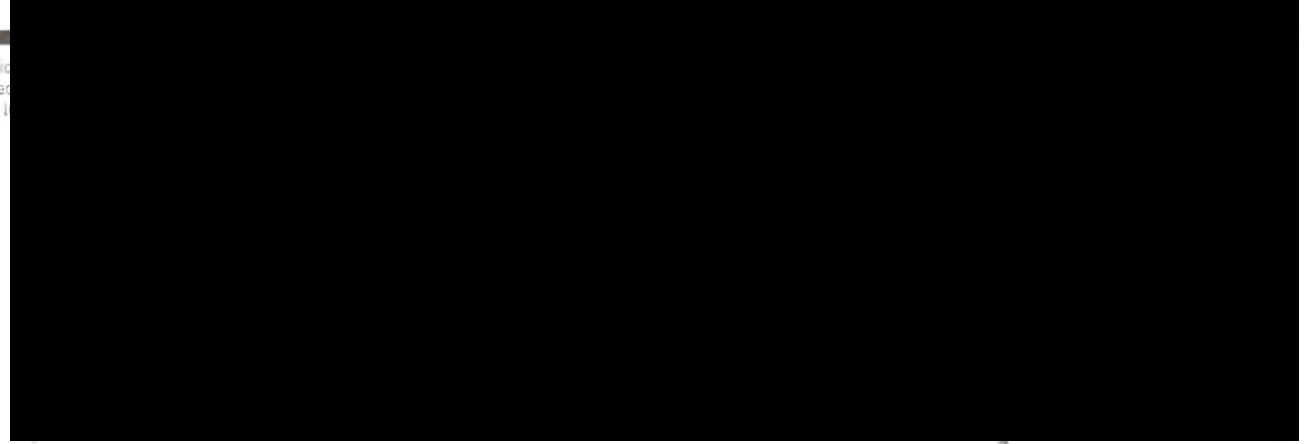
ID Hogar

Nombre CP

8476C

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
	09/05 2026	Punta de	Talla 6.	1/30	Si	No	[Redacted]
		Sobavillos	Estándas	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medicación  
 \*Por este acto, de los insumos, materiales, ayudas técnicas adquiridos para el hogar...



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

Luis Hernández

Nombre PSDF

ID Hogar

15105  
(29)

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
	7/05 2026	Pantales	Talla 6	1/36	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
		Sabonillos	Estándar	4	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos.  
\*Por este auto, declaro recibir  
adquiridos para los fines...

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSD: Juan Gallardo  
Nombre CP

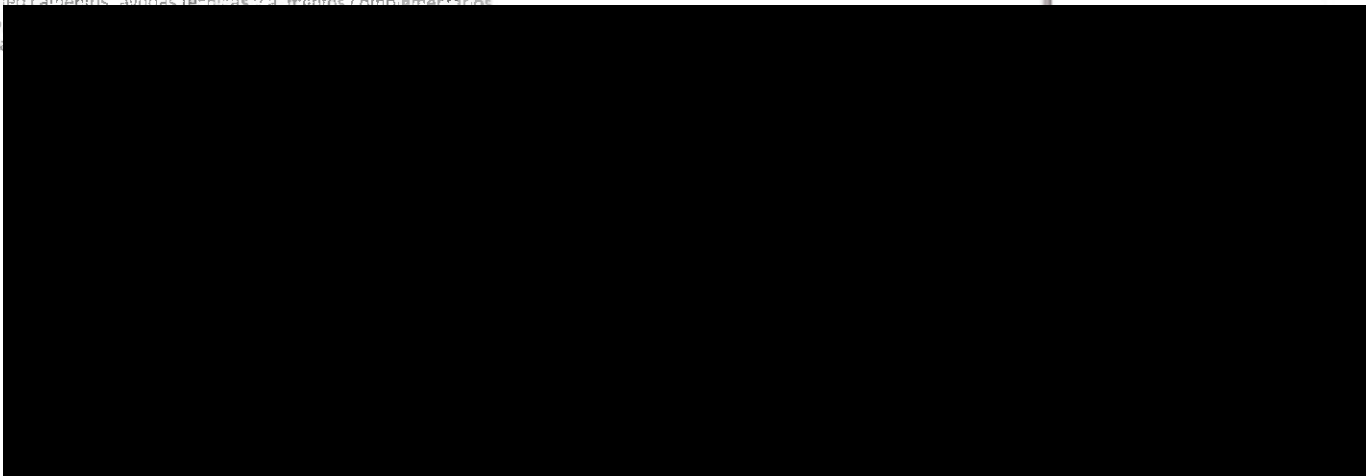
ID Hogar

87760

[Signature]

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
01/05 2020		Puntas	Talla 6.	1/30	Si	No	[Redacted]
		Sabanas	Estándar	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y complementarios.  
\*Por este acto se adquieren los...



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

*Daniel Lopez*  
 Nombre PSDF  
 Nombre CP

ID Hogar  
 201680

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
	04/05 2026	Pañales	Toallas 6	1/36	Si	No	
		Sabonillos	Estándar	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

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



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF Mercedes Zuniga

ID Hogar

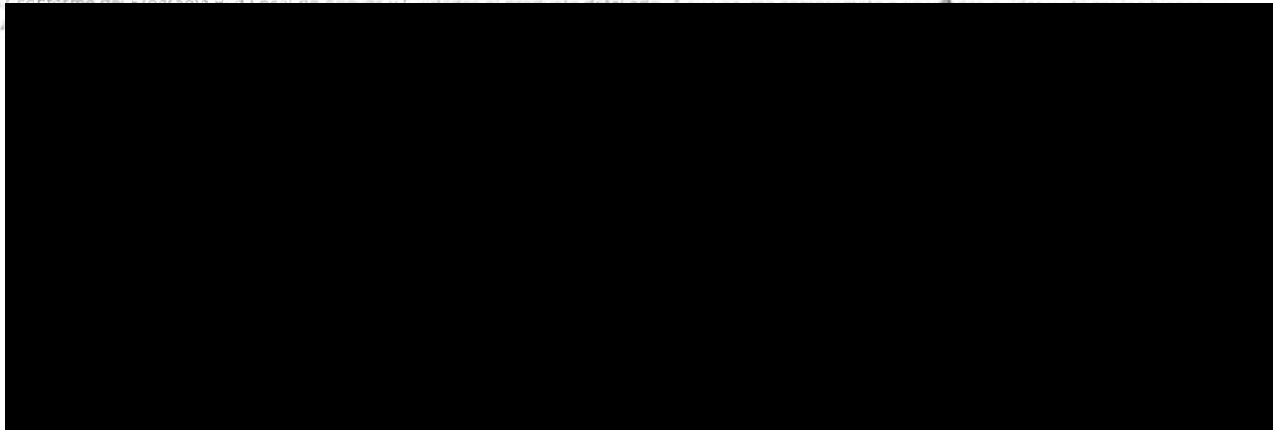
Nombre CP

70200

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
	07/05 2020	Sabonillos	Estándar	4	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir los insumos, materiales, ayudas técnicas y alimentos adquiridos para los fines que



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Consistia Viera

Nombre PSDF

Nombre CP

ID Hogar

11321

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
	02/05 2026	Puntas	Talla 17.	2/36	<input checked="" type="checkbox"/>	No	[Redacted]
		Sabonillas	Estándas	4	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

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





SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF  
*Leis Volantez*

ID Hogar

44334

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
	<i>09/05 2026</i>	<i>Pautales</i>	<i>Talla 6.</i>	<i>1/36</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
		<i>Servilletas</i>	<i>Estándar</i>	<i>3</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	
					<i>Si</i>	<i>No</i>	

Aplica para medic...  
\*Por este acto, de...  
adquiridos para l...



SSEE  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: *Sociedad Comunal*  
Nombre CP:

ID Hogar

18623

*(Signature)*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de	
	<i>04/05 2026</i>	<i>Petaca los</i>	<i>Talles B.</i>	<i>1/36</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No		
		<i>Serbanilac</i>	<i>Estándar</i>	<i>4</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No		
						Si		No
						Si		No
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega	
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de	
					Si	No	Nombre y firma de quien recibe	
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega	
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios

\*Por este acto, declaro recibir  
adquiridos para los fines que



**SSEE**  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

Gobierno de Chile

ORIGINAL

Hector Antonio  
Nombre PSDF

ID Hogar

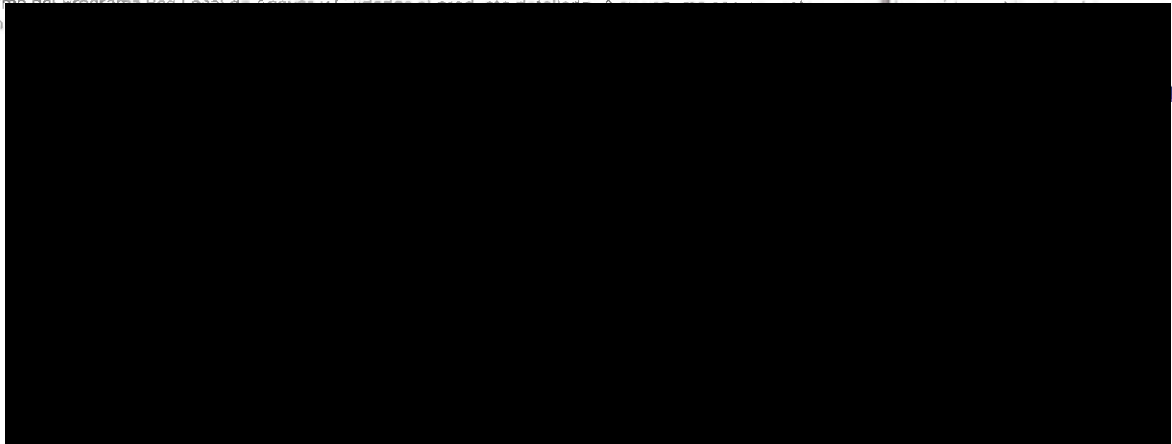
M4150

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
	04/05 2026	Perúes los	Toalla 6.	1/36	Si	No	
		Servuillos	Estándos	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados los insumos, materiales, ayudas técnicas y alimentos adquiridos para los fines que fueron



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

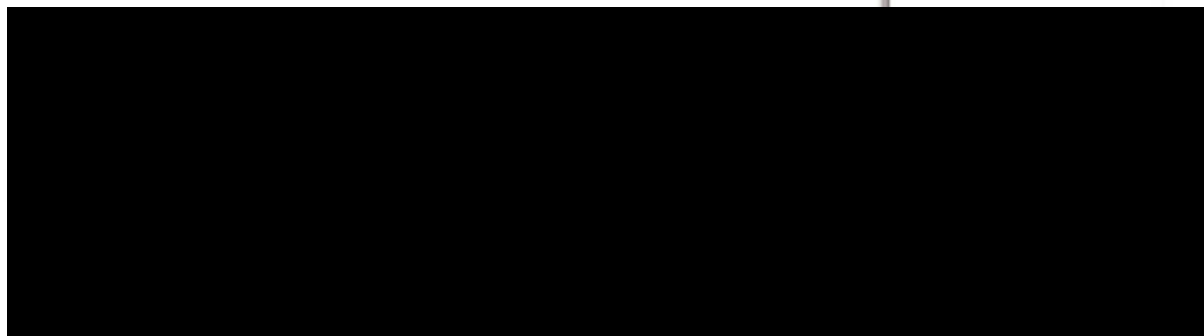
Form fields for 'Nombre PSDF' and 'Nombre CP' with handwritten entries.

ID Hogar

Handwritten ID number: 1009601

Main table with columns: N° entrega, Fecha entrega, Especie, Descripción, Cantidad, Prescripción Médica (Si/No), Nombre y firma de quien recibe. Includes handwritten entries for 'Pautales Talla M.' and 'Sábiles Estándar'.

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



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Gobierno de Chile

ORIGINAL

*Boxer Muñoz*  
 Nombre PSDF  
 Nombre CP

ID Hogar

*201644*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cant dad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	<i>04/05 1026</i>	<i>Pantalón</i>	<i>Talla 6.</i>	<i>1/36</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cant dad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cant dad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cant dad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, ceder y utilizar los bienes adquiridos para

**SSEE**

FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicasMinisterio de  
Desarrollo  
Social y  
Familia  
Gobierno de ChilePROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

*Clotilde Pérez*  
Nombre PSDF

Nombre CP

ID Hogar

80400

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona	
					Si	No		
	02/05 2026	Zenker villas	Estándar	4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>[Redacted]</i>	
		Alim. Sup.	Nat 100	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien recepciona	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien entrega	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para id

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: Mario Vasquez

ID Hogar

44313

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	04/05 2026	Panuelos	Talla G.	1/36	Si	No	[Redacted]
		Seibacillas	Estándar	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	[Redacted]
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para...  
\*Por este act...  
adquiridos p...



SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos Y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF: *Luisa Sotomayor*  
Nombre CP:

ID Hogar

4832

*(Signature)*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe	
	<i>02/05 2026</i>	<i>Petate Cos</i>	<i>Tabla 07</i>	<i>2/36</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No		
		<i>Servilletas</i>	<i>Estándares</i>	<i>1</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No		
						Si		No
						Si		No
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien entrega	
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe	
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe	
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		
					Si	No		

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



**SSEE**  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

Francisco Petit  
Nombre PSDF

ID Hogar

Nombre CP

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
05/05 2026		Sabonillos	Estándar	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Pastor de dientes	Pack de 3	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Cepillo de Dientes	Estándar	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
05/05 2026		Alimentos S.	Not 100	4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.  
\*Por este acto, declaro recibir los insumos adquiridos para los fines que...

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Vasquez Meliva  
Nombre PSDF  
Sylvia Pulgar  
Nombre CP

ID Hogar

12002

*[Signature]*

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*		Nombre y firma de quien recibe
	02/05 2020	Pautas	Talla 6.	1/36	Si	No	
		Sabonillos	Estándar	4	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos para los



SSEE  
FO SE 01

Acta entrega insumos,  
materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

ORIGINAL

*Claudia Queiroz*  
Nombre PSDF  
Nombre CP

ID Hogar

*2282*

Nombre y firma

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recibe
					Si	No	
	<i>07/08 2026</i>	<i>Puntas</i>	<i>Talla 6</i>	<i>1/36</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Sabonillas</i>	<i>Q. Kunday</i>	<i>3</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A  
P  
A

enes

SSEE

FO SE 01

Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

ORIGINAL

Nombre PSDF Juan León Pérez

ID Hogar

Nombre CP

20160

Handwritten signature and stamp

N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
	04/05 2026	Pautas	Talla 17.	2/3	Si	No	[Redacted]
		Sabonillas	Estándar	3	Si	No	
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	
N° entrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica		Nombre y firma de quien recepciona
					Si	No	
					Si	No	Nombre y firma de quien entrega
					Si	No	
					Si	No	

Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

\*Por este acto, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, cuidar y utilizar los bienes adquiridos.

[Redacted signature area]