

ANEXO N°5 COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS AÑO 2022

Importante:

Todos los campos son obligatorios
No aplica para ayudas técnicas auditivas, prótesis y órtesis.

En _____, a _____ de _____ del _____

Yo _____ RUN _____ - _____,
en representación de la empresa _____, por medio del presente dejo
constancia de la entrega del producto según el siguiente detalle:

- **Nombre Ayuda Técnica:** _____
- **Característica(s):** _____
- **Marca y Modelo:** _____

Solicitado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, mediante la Orden de Compra _____
para el (la) solicitante **Sr(a)** _____ **RUN** _____ - _____
recepcionando la Ayuda Técnica en la dirección _____ por:

Marque con una X
según

El solicitante

Tercero en representación

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

NOMBRE:

RUN:

 -

FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE:

RUN:

 -

PARENTESCO:

Escriba el motivo por el cual la persona con discapacidad no recibe directamente la Ayuda Técnica:



ANEXO N°5 COMPROBANTE RECEPCIÓN DE AUDÍFONOS Y EQUIPOS FM AÑO 2022

Importante: Todos los campos son obligatorios

En _____ a _____ de _____ del _____

Yo _____ RUN _____ - _____, en
representación de la empresa _____, por medio del presente dejo constancia de la
entrega del producto según el siguiente detalle:

- **Nombre Ayuda Técnica:** _____
- **Característica(s):** _____
- **Marca y Modelo:** _____

Solicitado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, mediante la Orden de Compra N° _____
para el (la) solicitante **Sr(a)** _____ RUN _____ - _____
recepcionando la Ayuda Técnica en la dirección _____ por:

Marque con una X
según corresponda

- El solicitante
 Tercero en representación

Se incluye la entrega de los siguientes elementos:

- Estuche / bolso Gobierno de Chile (con nombre del beneficiario/a, modelo, número de serie)
- Caja para guardado del audífono
- Catálogo o manual de uso en español
- Molde de audífonos a medida (acrílicos o silicona)
- 2 o 4 pilas desechables por cada mes de garantía del audífono (Importante: la garantía es de 2 años)
- Chequeador de carga de pilas
- Set de limpieza para los 2 años de garantía
- Set deshumedecedor para los 2 años de garantía
- Sujetador de cordón para audífonos (sólo para niños/as de hasta 10 años de edad)
- Herramienta para verificar funcionamiento de audífono (estetoclip, sólo para niños/as hasta 10 años)
- Hook pediátrico (sólo para niños de hasta 6 años de edad)
- Cada audífono debe incorporar marca de color para el oído correspondiente (rojo=derecho, azul=izquierdo)

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

RUN: _____ - _____

RUN: _____ - _____

PARENTESCO: _____

Escriba el motivo por el cual la persona con discapacidad no recibe directamente la Ayuda Técnica:



ANEXO N°5 COMPROBANTE RECEPCIÓN DE ELEMENTOS PROTÉSICOS AÑO 2022

Importante: Todos los campos son obligatorios

En _____, a _____ de _____ del _____

Yo _____ RUN _____ - _____, en
representación de la empresa _____, por medio del presente de constancia de la
entrega del producto según el siguiente detalle:

- **Nombre Ayuda Técnica:** _____
- **Característica(s):** _____

Solicitado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, mediante la Orden de Compra N° _____
para el (la) solicitante Sr(a) _____ RUN _____ - _____
receptionando la Ayuda Técnica en la dirección _____ por:

Marque con una X
según corresponda

El solicitante

Tercero en representación

Protocolo de Entrega de Prótesis

El(la) beneficiario(a) ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Prótesis que se adjunta a este comprobante y aprueba que las fechas en dicho protocolo se ajustan a las realizadas efectivamente por el proveedor, correspondiente a cinco (5) visitas en la región y sin costos para el(la) beneficiario(a), detalladas a continuación:

- **1ª Visita:** Toma de molde
- **2ª Visita:** Prueba de casquete
- **3ª Visita:** Ajustes
- **4ª Visita:** Entrega preliminar (control de funcionalidad marcha, nivelación, puntos de presión)
- **5ª Visita:** Entrega definitiva

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

NOMBRE: _____

RUN: _____ - _____

FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE: _____

RUN: _____ - _____

PARENTESCO: _____

Escriba el motivo por el cual la persona con discapacidad no recibe directamente la Ayuda Técnica:



ANEXO N°5 COMPROBANTE RECEPCIÓN DE ELEMENTOS ORTÉSICOS AÑO 2022

Importante: Todos los campos son obligatorios

En _____, a _____ de _____ del _____

Yo _____ RUN _____ - _____, en
representación de la empresa _____, por medio del presente dejo constancia de la
entrega del producto según el siguiente detalle:

- **Nombre Ayuda Técnica:** _____
- **Característica(s):** _____

Solicitado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, mediante la Orden de Compra N° _____
para el (la) solicitante **Sr(a)** _____ **RUN** _____ - _____
recepcionando la Ayuda Técnica en la dirección _____ por:

Marque con una X
según corresponda

El solicitante

Tercero en representación

Protocolo de Entrega de Órtesis

El(la) beneficiario(a) ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Órtesis que se adjunta a este comprobante y aprueba que las fechas en dicho protocolo se ajustan a las realizadas efectivamente por el proveedor, correspondiente a tres (3) visitas en la región y sin costos para el(la) beneficiario(a), detalladas a continuación:

- **1ª Visita:** Toma de molde
- **2ª Visita:** Ajustes
- **3ª Visita:** Entrega definitiva

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

NOMBRE:

RUN:

FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE:

RUN:

PARENTESCO:

Escriba el motivo por el cual la persona con discapacidad no recibe directamente la Ayuda Técnica:

PROTOCOLO DE ENTREGA SERVICIO DE ÓRTESIS Y PROTÉSIS AÑO 2022

Protocolo que reporta los requisitos mínimos que se deben cumplir para la confección, prueba y entrega de prótesis y/u órtesis.

- **Nombre Usuario:**
- **RUN:** -
- **Proveedor:**

1° Visita	Evaluación inicial de la persona, considerando la toma de molde de los elementos ortésicos o protésicos.
Fecha	
Observación	
Firma beneficiario	

2° Visita	Prueba del molde (Detectar puntos de presión) para los elementos protésicos. Ajustes para los elementos ortésicos, en relación a las características de la persona.
Fecha	
Observación	
Firma beneficiario	

3° Visita	Ajustes para los elementos protésicos, en relación a las características de la persona. Entrega de los elementos ortésicos definitiva. Entrega de Certificado de Garantía. Firma de documento comprobante de recepción de los elementos ortésicos.
Fecha	
Observación	

Firma beneficiario	
---------------------------	--

4° Visita	Entrega preliminar de los elementos protésicos. Considerar evaluación funcional por parte de un profesional del área de la rehabilitación.
Fecha	
Observación	
Firma beneficiario	

5° Visita	Entrega de los elementos protésicos definitiva. Entrega de Certificado de Garantía. Firma de documento comprobante de recepción de los elementos protésicos.
Fecha	
Observación	
Firma beneficiario	

FIRMA REPRESENTANTE DE PROVEEDOR

FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE:

RUN: --

NOMBRE:

RUN: -