



**ANEXO N°11**  
**COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS**  
**CONVOCATORIA AÑO 2020**

**Importante:** No aplica para ayudas técnicas auditivas, prótesis y órtesis

En [ ] , a [ ] de [ ] del 2020

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s)

Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo):*

[ ]

Para el (la) solicitante **Sr(a):** [ ] **Rut:** [ ] - [ ] ,  
o en su representación, **Sr(a):** [ ] **Rut:** [ ] - [ ] ,  
procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor: [ ] , por medio de  
su profesional autorizado **Sr(a):** [ ] , o en su defecto, el representante local,  
**Sr(a)** [ ] , **recibiéndola(s) en persona, previa instrucción  
de manipulación y uso.**

[ ]

**FIRMA DE QUIEN ENTREGA**

**NOMBRE:** [ ]  
**RUT:** [ ] - [ ]

[ ]

**FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE:** [ ]  
**RUT:** [ ] - [ ]

Escriba el motivo por el cual la Persona con Discapacidad no recibe directamente la Ayuda (Parentesco/otro):

[ ]

**ANEXO N°11  
COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE AUDÍFONOS Y EQUIPOS FM  
CONVOCATORIA AÑO 2020**

En [ ] , a [ ] de [ ] del 2020

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s) Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo):*

[ ]

para el (la) solicitante **Sr(a):** [ ] **Rut:** [ ] - [ ] ,  
o en su representación, **Sr(a):** [ ] **Rut:** [ ] - [ ] ,  
procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor: [ ] , por medio de  
su profesional autorizado **Sr(a):** [ ] , o en su defecto, el representante local,  
**Sr(a)** [ ] , **recibiéndola(s) en persona, previa instrucción  
de manipulación y uso.**

La entrega por parte del proveedor debe incluir siempre:

- 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 deshumecedor 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**

**NOMBRE:** [ ]

**RUT:** [ ] - [ ]

[ ]

**FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE:** [ ]

**RUT:** [ ] - [ ]

Escriba el motivo por el cual la Persona con Discapacidad no recibe directamente la Ayuda (Parentesco/otro):

[ ]

**ANEXO N°11**  
**COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ELEMENTOS PROTÉSICOS**  
**CONVOCATORIA AÑO 2020**

En , a  de  del 2020

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s) Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo)*:

para el (la) solicitante **Sr(a)**:  **Rut:**  -  ,  
o en su representación, **Sr(a)**:  **Rut:**  -  ,  
procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor:  , por medio de  
su profesional autorizado **Sr(a)**:  , o en su defecto, el representante local,  
**Sr(a)**  , **recibiéndola(s) en persona, previa instrucción  
de manipulación y uso.**

**Protocolo de Entrega de Prótesis**

El(la) beneficiario(a) ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Prótesis que se adjunta a esta acta 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:**

**RUT:**

 - 

**FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE:**

**RUT:**

 - 

Escriba el motivo por el cual la Persona con Discapacidad no recibe directamente la Ayuda (Parentesco/otro):

**ANEXO N°11  
COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ELEMENTOS ORTÉSICOS  
CONVOCATORIA AÑO 2020**

En [ ] , a [ ] de [ ] del 2020

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s) Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo):*

[ ]

para el (la) solicitante **Sr(a):** [ ] **Rut:** [ ] - [ ] ,  
o en su representación, **Sr(a):** [ ] **Rut:** [ ] - [ ] ,  
procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor: [ ] , por medio de  
su profesional autorizado **Sr(a):** [ ] , o en su defecto, el representante local,  
**Sr(a)** [ ] , **recibiéndola(s) en persona, previa instrucción  
de manipulación y uso.**

**Protocolo de Entrega de Órtesis**

El(la) beneficiario(a) ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Órtesis que se adjunta a esta acta 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:** [ ]

**RUT:** [ ] - [ ]

[ ]

**FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE:** [ ]

**RUT:** [ ] - [ ]

Escriba el motivo por el cual el solicitante no recibe directamente la Ayuda Técnica (parentesco con el/la solicitante):

[ ]

**PROTOCOLO DE ENTREGA  
SERVICIO DE ÓRTESIS Y PROTÉSIS  
CONVOCATORIA AÑO 2020**

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

- **Nombre Usuario:**
- **Rut:**
- **Proveedor:**

<b>1° Visita</b>	<b>Evaluación inicial de la persona, considerando la toma de molde del elemento ortésico o protésico.</b>
<b>Fecha</b>	
<b>Observación</b>	
<b>Firma beneficiario</b>	

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

<b>3° Visita</b>	<b>Ajustes para los elementos protésicos, en relación a las características de la persona. Entrega del elemento ortésico definitiva. Entrega de Certificado de Garantía. Firma de documento comprobante de recepción de elementos ortésicos.</b>
<b>Fecha</b>	
<b>Observación</b>	
<b>Firma beneficiario</b>	

<b>4° Visita</b>	<b>Entrega preliminar del elemento protésico. Considerar evaluación funcional por parte de un profesional del área de la rehabilitación.</b>
<b>Fecha</b>	
<b>Observación</b>	
<b>Firma beneficiario</b>	

<b>5° Visita</b>	<b>Entrega del elemento protésico definitiva. Entrega de Certificado de Garantía. Firma de documento comprobante de recepción de elementos protésicos</b>
<b>Fecha</b>	
<b>Observación</b>	
<b>Firma beneficiario</b>	

**FIRMA REPRESENTANTE DE PROVEEDOR**

**NOMBRE:**

**RUT:**  -

**FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE:**

**RUT:**  -