

## Anexo N°2B

### Comprobante de recepción de Prótesis Ocular

**Importante:**

- Todos los campos son obligatorios

En (comuna): [REDACTED], con fecha: [REDACTED]

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

- Nombre Ayuda Técnica: [REDACTED]
- Característica(s): [REDACTED]

Solicitado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, mediante la Orden de Compra N° [REDACTED]

para el/la solicitante Sr/a [REDACTED], RUN [REDACTED]

receptionando la Ayuda Técnica en la dirección [REDACTED] por: [REDACTED]

[REDACTED]  
**FIRMA DE QUIEN ENTREGA**

[REDACTED]  
**FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE:** [REDACTED]

**NOMBRE:** [REDACTED]

**RUN:** [REDACTED]

**RUN:** [REDACTED]

Señale el parentesco de quien recibe y el motivo por la cual la persona beneficiaria no recibe directamente la Ayuda

[REDACTED]

## Anexo N°2B

### Comprobante de recepción de Prótesis Ocular

El/la beneficiario/a ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Prótesis Ocular 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 dos (2) visitas en la región y sin costos para el/la beneficiario/a, detalladas a continuación:

- **1a Visita:** Toma de molde, ajustes, entrega preliminar.
- **2a Visita:** Control de seguimiento y ajustes (de ser necesario), firma comprobante de recepción, entregade certificado de garantía, entrega definitiva.

## Protocolo de entrega de Prótesis Ocular:

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

Nombre beneficiario \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_

Proveedor \_\_\_\_\_

### Primera visita:

- Evaluación inicial de la persona, considerando la toma de molde de la (s) prótesis ocular(es).
- Ajustes para la prótesis ocular, en relación a las características de la persona.
- Entrega preliminar de la/s prótesis ocular.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario:

Observaciones:

### Segunda visita:

- Control del buen uso de la prótesis ocular y realización de ajustes en caso de ser necesario.
- Entrega de Certificado de Garantía.
- Firma de documento Anexo N°2B comprobante de recepción de prótesis ocular.
- Entrega de la prótesis ocular definitiva.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario:

Observaciones: