



Puerto Williams, 25 de septiembre del 2024

**JEFA DEPARTAMENTO DESARROLLO COMUNITARIO
SRA. PAMELA TAPIA VILLARROEL
I.MUNICIPALIDAD DE CABO DE HORNOS
PRESENTE**

Por medio del presente, junto con saludar procederé a detallar las actividades realizadas durante el mes de septiembre del presente de acuerdo con la planificación del “**Programa Red Local de Apoyos y Cuidados” Ex SNAC 2024.**

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS PRLAC 2024

- Reunión base con equipo para revisión y gestión de casos. (03/09/2024)
- Asistencia técnica con Encarga regional. (06/09/2024)
- Elaboración de Informe Técnico N°3.
- Actualización de nómina de beneficiarios a SIGEC.
- Ingreso a programa a José Godoy Fuica, de acuerdo con documentación establecida y criterios estipulados en orientaciones técnicas.
- Se realiza aplicación de pauta de evaluación de ingreso al PRLAC a José Godoy Fuica.
- Elaboración de Plan de Cuidados de beneficiario José Godoy Fuica.
- Elaboración de informe de atención a Sra. Rocío Hernández.
- Se realiza visita domiciliaria a José Godoy Fuica con la finalidad de realizar entrega de ayuda técnica. (13/09/2024).
 - 1 Silla de ruedas.

Se adjunta acta de entrega de PRLAC.

- Actualización de inventario de insumos.
- Actualización de sistema de registro y monitoreo a beneficiarios de programa en plataforma de ministerio de desarrollo social.
- Calendarización de reuniones equipo base y entrega de carpetas 2024.
- Revisión de carpetas con seguimientos de beneficiarios.
- Seguimiento de casos de beneficiarios.
- Supervisión de casos y anexos de programas.
- Monitoreo telefónico beneficiarios de PRLAC.
- Revisión de orientaciones técnicas actualizadas de convenio 2023-2024

- Actualización de planilla Excel de presupuesto 2024.
- Solicitud de requerimiento N°231 material didáctico.
- Solicitud de requerimiento N°232 de Ayudas Técnicas.


Javiera Inzulza Diaz
 19.140.775-k
 Nutricionista
Javiera Inzulza Diaz
 Coordinadora Comunal Programa SNAC

Anexos

- Se realiza visita domiciliaria a José Godoy Fuica con la finalidad de realizar entrega de ayuda técnica. (13/09/2024).

SSEE FO SE-01 Acta entrega insumos, materiales, ayudas técnicas						Nombre PSCF (2) Nombre persona que recibe	ID Hogar		
Nºentrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*	Nombre y firma de quien entrega			
1	Bogoty	Ayuda técnica Silo de madera				<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No			
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
Nºentrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*	Nombre y firma de quien recibe			
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
Nºentrega	Fecha entrega	Especie	Descripción	Cantidad	Prescripción Médica*	Personas que reciben			
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	
						<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		<i>José Godoy Fuica</i> <i>Javiera Inzulza Diaz</i>	

*Aplica para medicamentos, ayudas técnicas y alimentos complementarios.

*Por este acta, declaro recibir conforme del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados el producto detallado. A su vez, me comprometo a no vender, ceder o regalar las cosas recibidas para los que fueron acordados.

Un documento por Dicosa