



FUNDACION SONRISAS DE AMOR
DANDO AMOR PARA RECIBIR SONRISAS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Entre los suscritos a saber: **YORLAIDIZ PINEDA SALAVARRIETA**, identificada con la cédula de ciudadanía no. 40613514 de Florencia, en calidad de representante Legal de la **FUNDACION SONRISAS DE AMOR CON NIT 900919306-9**, ubicada en La Finca #58, Sector La Playita, Frailes del Municipio de Dosquebradas, quien en adelante se denominará **LA CONTRATISTA**, y el señor (señora) Juan Horacio G. Pineda Montello identificado con la cédula de ciudadanía No. 100900191 de Pereira, con residencia en la ciudad de Dosquebradas, en la Doquelita no 15 No 10 Tel 3015348008 quien obra en representación del(la) usuario(a) Josmin Lorena Galaz Zuluaga cc 42137671 y quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, acuerdan celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** que se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.-OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Este se obliga a prestar el acompañamiento en salud del usuario, alimentación, habitación, lavandería, acompañamiento afectivo y terapias básicas que se ofrezcan en la Institución, acompañamiento en la satisfacción de las A.V.D. del usuario. **SEGUNDA.-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** Este se obliga a: 1.-Aportar una cuota económica por los servicios prestados. 2. -Brindar apoyo y acompañamiento al usuario. 3.-Aportar los insumos necesarios (Pañales según la frecuencia de cambio del usuario, elementos de aseo, vestuario, protectores de colchón y de almohada, medicamentos, complementos y suplementos alimentarios, etc.).4.-trasladar al usuario a citas médicas y de laboratorio. 5.-Cuando por razones de enfermedad el usuario deba ser trasladado a clínica, los gastos de acompañamiento del usuario en la estancia hospitalaria correrán por cuenta del contratante. **TERCERA.-DEL VALOR Y DURACION DEL CONTRATO:** Este contrato tiene una duración de _____ meses y un costo de \$ 960.000 (xxxxxxx) pagaderos en cuotas mensuales de \$ 960.000 (xxxxxxxxxxx), y que se amortizaran por adelantado durante los primeros cinco (5) días del mes a correr. Si el pago se demorase más de estos días, deberá cancelarse una multa correspondiente al 10% de la mensualidad **CUARTA.-DEVOLUCION DE APORTES:** Una vez que se haya cancelado el valor del aporte mensual, por ningún motivo (incluido cancelación unilateral o de común acuerdo del contrato, retiro del usuario, hospitalización o incluso muerte) habrá devolución del total o parcial de dinero. **QUINTA.- DE LOS MOTIVOS DE CANCELACION DEL CONTRATO:** Son motivos de cancelación del contrato: 1.- Incumplimiento en el pago del aporte mensual. 2.- Abandono del usuario, entendido esto como no visitar al adulto mayor al menos una (1) vez a la semana. 3.- No aportar los elementos de aseo, las ayudas de locomoción, pañales, no cumplir con las citas médicas, no aportar el vestuario necesario para el adulto mayor, y en general, todo lo que éste necesite para mejorar su condición de vida. 4.-De común acuerdo. 5.- unilateralmente cuando la condición del usuario lesione la convivencia o necesite de un lugar especializado acorde con su



FUNDACION SONRISAS DE AMOR

DANDO AMOR PARA RECIBIR SONRISAS

Deterioro. 6.- Por fallecimiento del usuario. 7.- Cuando unilateralmente por parte del responsable del usuario se decida retirar el usuario, deberá informarse por escrito con quince (15) días de anticipación a la fecha de retiro o de entrega por parte de la institución, de lo contrario deberá cancelar el monto de un mes como reparación por el perjuicio causado en la comercialización.

SEXTA.-DE LA RESPONSABILIDAD POR ACCIDENTES: Los usuarios con cualquier grado de deterioro cognitivo (llámese alzhéimer, TAB o cualquier otro) están expuestos a un alto riesgo de sufrir accidentes como golpes, caídas, contusiones, fracturas, úlceras por presión etc., por tal motivo la **INSTITUCIÓN** no se hace responsable si sucede un evento de estos **POR, A CAUSA DE, O COMO CONSECUENCIA DEL** deterioro que sufra el usuario. **SÉPTIMA.- DEL SERVICIO DE EMERGENCIA:** El usuario deberá ser afiliado a un servicio de emergencias que tenga cobertura en el domicilio de la Institución (PREMEDICA por ejemplo), con un costo de Treinta y cinco mil pesos (\$35.000.00) y este servicio deberá ser cancelado de forma mensual y conjuntamente con el aporte mensual de atención al usuario. **OCTAVA.- DEL TRASLADO A UN CENTRO ASISTENCIAL:** Si el representante no aceptare la anterior cláusula y en el caso de que el usuario **no tenga** una cobertura en salud de tipo contributivo, o el servicio de emergencias que posee no tuviere cobertura al domicilio de la institución, el responsable del usuario deberá dejar un depósito de ochenta mil pesos m/cte. (que es reembolsable en caso de no usarse) con el objeto de cubrir el costo de transporte en ambulancia del usuario y alguien de la familia o un delegado de ella o del representante del usuario deberá acompañarlo si se requiere su traslado a un centro asistencial. **NOVENA.-DE LOS ELEMENTOS DE ASEO:** La institución ofrece In kit básico de aseo mensual que tiene un costo de quince mil pesos (\$15.000.00) y que consta de: Papel higiénico, jabón líquido, crema dental, máquinas de afeitar, Este monto también deberá ser cancelado conjuntamente con la cuota mensual de atención al usuario. Los demás elementos de aseo necesarios para el usuario deberán ser aportados por el representante o contratante del servicio.

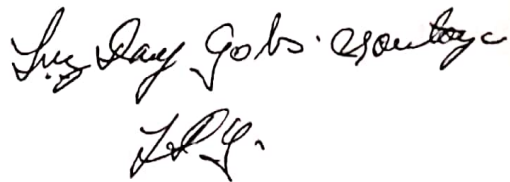
Se considera aceptado el presente contrato con las firma de las partes.

Se firma en Dosquebradas, Risaralda a los 29 días del mes de 05 del año de 2015.


YORLAIDIZ PINEDA SALAVARRIETA

Cc 40613514 Florencia

Representante Legal Institución



cc 42'055.543 p.

Representante del usuario