FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ – FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA
CONTRATO DE PRESTACIÒN DE SERVICIOS 519 VIGENCIA 2023

ACTA DE ENTREGA Y CARTA DE INTENCIÓN

ENTREGA Y ENTRENAMIENTO DE DISPOSITIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDA(S) TÉCNICA(S)

De conformidad con el plan de Desarrollo "UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA SUMAPAZ" adoptado por medio del Acuerdo Local N° 001 del 07 de octubre de 2020, en su propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política y específicamente en el programa Sistema Local de Cuidado, subprograma 9 " Beneficiar con la entrega de ayudas técnicas a personas en condición de discapacidad" y en el marco del Sistema Distrital de Cuidado el cual se identifica como un Conjunto de servicios regulaciones políticas y acciones técnicas o institucionales, para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado entendiéndolo como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y el funcionamiento de la sociedad y enmarcado en los estándares existentes de derechos humanos en materia de cuidado. El sistema Distrital de cuidado concibe el cuidado de al menos dos tipos: el cuidado indirecto que hace referencia al trabajo doméstico, incluyendo la preparación de alimentos, la limpieza y el mantenimiento del hogar, la limpieza y mantenimiento del vestido, la organización, distribución y supervisión de tareas domésticas, la compra, los pagos o los tramites relacionados con el hogar, y las reparaciones al interior del hogar, entre otras funciones y el cuidado directo, que comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo el cuidado y la formación de los niños, el cuidado de ancianos y enfermos y personas con discapacidad y el cuidado de los animales domésticos.

Es por ello que, el Fondo de Desarrollo Rural de SUMAPAZ y que a través del contrato de prestación de servicios 519 suscrito con la FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA, hace entrega y capacitación del (los) siguiente(s) DISPOSTIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDAS TÉCNICAS, a: _____, identificado(a) con C.C( ) T.I.( ) NUIP ( ) No. _____de_____, persona con discapacidad participante del proyecto y_____, identificado(a) con No de Cédula: _____ de_____quien obra en calidad de Cuidadora o familiar, manifiesto que he recibido a satisfacción por parte de la FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA, a través de los recursos que dispone el Fondo de Desarrollo Rural de SUMAPAZ, el /lo (s) Dispositivos de Asistencia Personal (D.A.P.) - Ayudas Técnicas (A.T) que se describen a continuación; así:

NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL D.A.P.-A.T.	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	VALOR	TIEMPO DE GARANTÍA	RECIBIO CAPACITACIÓN SI/NO
TOTAL, DISPOSITIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL –AYUDA(S) TÉCNICA(S)RECIBIDOS:					

De igual forma manifiesto que:

a. He recibido a satisfacción el(os) dispositivo(s) nuevo(s), en perfecto estado (empacados y desinfectados), los cuales cumplen con mi necesidad.

b. He recibido el entrenamiento respectivo para el correcto uso y cuidado del(os) Dispositivo(s) de Asistencia Personal –Ayuda(s) Técnica(s); así como el protocolo de limpieza y desinfección adecuado.

c. He recibido copia de la garantía de cada uno de los elementos, con el fin de reportar la necesidad de uso adecuado, buen manejo y correcta utilización.

d. Reconozco que los elementos entregados sólo podrán ser utilizados, para uso exclusivo y personal con el fin de incrementar mi capacidad funcional, independencia en las actividades cotidianas, autonomía y participación social.

e. Se me ha informado que el (los) elementos entregados NO podrán ser vendidos, arrendados, prestados, usados, donados o entregados a personas naturales y /o jurídicas diferentes o para fines distintos al establecido.

f. En los casos que se requiera permitiré realizar el seguimiento por parte del ejecutor del convenio o contrato para verificación de la pertinencia y adecuado uso del dispositivo.

g. En caso de pérdida o robo me comprometo a informar al ejecutor del convenio, para lo cual presentaré copia de la respectiva denuncia ante las autoridades.

h. En caso de fallecimiento mi cuidador o familiar será el responsable de informar y restituir el bien en los casos que se requiera, dentro de los 15 días siguientes de ocurrido el suceso.

El o la beneficiario/a por su parte se compromete a:

1. Hacer uso del dispositivo de asistencia personal de acuerdo con lo establecido en el entrenamiento y según los fines para los cuales fue prescrito.

2. El dispositivo es un elemento de uso personal no se permite alquiler ni venta del mismo.

3. Cuidar el dispositivo de asistencia personal de acuerdo al entrenamiento recibido.

4. Cumplir las citas y los compromisos acordados con el facilitador local y/o el profesional de apoyo del proyecto para llevar a cabo el seguimiento del beneficiario y del dispositivo de asistencia personal.

5. Reportar oportunamente a la alcaldía local en caso de fallecimiento del o la beneficiario/a, cambio de domicilio, de localidad o ciudad. Para estas situaciones se diligenciaría el formato de la Alcaldía de devolución de dispositivos de asistencia personal.

6. Informar acerca de los posibles daños que presente el dispositivo y activar el proceso de garantía.

7. Todo daño causado por uso inadecuado o perdida que sufre el dispositivo de asistencia personal, deberá ser subsanado por la persona con discapacidad receptora del dispositivo y/o cuidador.

8. Devolver los dispositivos de asistencia personal cuando haya un manejo inadecuado de los mismos cuando cambie la condición de discapacidad o limitación funcional por la cual se entregó el dispositivo o incumplimiento de los compromisos definidos en la carta de intención salvo el deterioro funcional por uso.

Cumplimiento de Garantía

- En caso de cumplir con los tiempos de garantía por favor comunicarse directamente con la Fundación Social ViveColombia (601)7649695.
- Fundación Social Vive Colombia no se hace responsable por mala manipulación o daños inducidos, garantía únicamente por defectos de fábrica

Nombre Del Beneficiario: _____ Firma:_____ Cédula: _____	Nombre del Cuidador/Familiar: _____ Firma:_____ Cédula: _____
Nombre del profesional de la Fundación vive Colombia _____ Firma:_____ Cédula: _____	Nombre Profesional de Apoyo a la supervisión de contrato del Fondo Desarrollo Rural _____ Firma:_____ Cédula: _____