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

NOMBRE DEL USUARIO: NOHORA ELSY MICAN

LA FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA, garantiza que sus productos: Dispositivos de Asistencia Personal (Ayudas Técnicas) son nuevos en todas sus partes y son fabricados con MATERIA PRIMA/ MARIALES NACIONALES, de excelente calidad, resistentes, de alta durabilidad, por lo que asumimos toda responsabilidad sobre la calidad de estos.

D.A.P	CANTIDAD	GARANTIA
COLCHON ORTOPEDICO DOBLE	1	12 MESES

La garantía cubre defectos de fabrica (en materiales o procesos de mano de obra). La garantía en ningún caso cubre defectos causados por el mal uso, uso inapropiado o no autorizado del mismo, al igual que todo tipo de modificación o alteración no autorizada del Dispositivo de Asistencia Personal (Ayuda Técnica). La garantía no cubre partes o accesorios consumibles dentro de su uso normal. En caso de cumplir con los tiempos de garantía por favor comunicarse directamente con la Fundación Social Vive Colombia Tel: (601)7649695- Dirección: Calle 11F# 72A 25

FECHA DE ENTREGA: 16-Nov-2024

Atentamente,

FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

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: **NOHORA ELSY MICAN**, identificado(a) con C.C(**X**) T.I.( ) NUIP ( ) No. **21075259** de Bogotá, persona con discapacidad participante delproyecto y N/A, identificado(a) con No de Cédula: N/A de N/A 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
COLCHON ORTOPEDICO DOBLE	1	16-11-24	$2.333.333	12 MESES	SI
TOTAL, DISPOSITIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL –AYUDA(S) TÉCNICA(S)RECIBIDOS: 1					

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.

Scanned with CamScanner

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: Nohora Elsy Micán Firma: Nohora Elsy Micán Cédula: 27075257	Nombre del Cuidador/Familiar: NIA Firma: NIA Cédula: NIA
Nombre del profesional de la Fundación vive Colombia: Natalia Sanabria Firma: Natalia San Cédula: 1022393999	Nombre Profesional de Apoyo a la supervisión de contrato del Fondo Desarrollo Rural Firma: Cédula:

Scanned with CamScanner

FUNVIVE 2.0

PLANILLA CONTROL DE RECORRIDOS DIARIO

CPS 519

Version 001

FECHA	RECORRIDO		JORNADA MAÑANA		KILOMETRAJE		Nº DE VIAJES	Nº DE PERSONAS	OBSERVACIONES	FIRMA DEL CONDUCTOR	FIRMA DEL SUPERVISOR
	ORIGEN	DESTINO	HORA ENTRADA	SALIDA	INICIAL	FINAL					
16-11-24	Bogotá	Pradera	12:00	1:00	33.630	33.780	1	9	Realizar entrega de documentos y recoger documentos		
16-11-24	Pradera	Nariño	2:40	3:30	33.780	33.840	1	4	Entrega de documentos a [illegible]		
16-11-24	Nariño	Nariño	4:00	4:40	33.840	33.880	1	4	Entrega de documentos a [illegible]		
16-11-24	Nariño	Nariño	4:30	5:30	33.890	33.890	1	4	Entrega de documentos Ruben Romero Micro		
16-11-24	Nariño	Pradera	6:00	6:30	33.880	33.930	1	4	Regreso de oficina		
16-11-24	Pradera	Bogotá	6:40	8:40	33.930	33.980	1	3	Regreso con los profesionales		

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ | BOGOTÁ

66XUSUARIO: NOHORA ELSY MICAN	
FECHA: 16-11-2024	**LUGAR: RAIZAL RIO BLANCO**





TOTAL DE DISPOSITIVOS: **1**	**COLCHON ORTOPEDICO DOBLE**