

**Ley Nº VII-0631-2008**

*El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia  
de San Luis, sancionan con fuerza de*

*Ley*

**ARTÍCULO 1º.-** Aprobar el Convenio y los Anexos que forman parte integrante del mismo, suscripto entre la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, representado por su titular licenciada MARCELA PAOLA VESSVESSIAN, DNI Nº 6.306.074 y el Gobierno de la Provincia de San Luis, representado por el Ministerio de Inclusión y Desarrollo Humano, para la implementación del Segundo Componente del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios a través de UN (1) Sistema de Prestación con el objeto de incorporar y actualizar conocimientos a fin de brindar prestación directa a los adultos mayores, personas con discapacidad y enfermos crónicos o terminales.-

**ARTÍCULO 2º.-** La implementación del Sistema de Prestación se llevará a cabo en la Ciudad de San Luis, Provincia de San Luis. La ejecución del Programa se desarrollará en un plazo de SEIS (6) meses. El Sistema de Prestación tendrá una actividad de capacitación presencial de UN (1) día por semana de CUATRO (4) horas de duración y una actividad de servicio de atención en domicilio de CUATRO (4) días por semana, de CUATRO (4) horas de duración, durante SEIS (6) meses. Simultáneamente, cada cuidador bajo Programa deberá atender de DOS (2) a TRES (3) personas destinatarias de Cuidados Domiciliarios como parte del Sistema de Prestación.-

**ARTÍCULO 3º.-** Regístrese, comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.-

RECINTO DE SESIONES de la Honorable Legislatura de la Provincia de San Luis, a veinticuatro días del mes de Septiembre del año dos mil ocho.-

JULIO CESAR VALLEJO  
Presidente  
Cámara de Diputados  
San Luis

Dr. JORGE LUIS PELLEGRINI  
Presidente  
Cámara de Senadores  
San Luis

JORGE RAÚL CAVALLERO  
Pro-Secretario Legislativo  
Cámara de Diputados  
San Luis

Farm. PABLO ALFREDO BRONZI  
Secretario Legislativo  
Cámara de Senadores  
San Luis

CONVENIO  
PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS  
SISTEMA DE PRESTACIÓN

Entre la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, representada por su titular Lic. Marcela Paola VESSVESSIAN, con domicilio en Teniente General Juan Domingo Perón 524, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante “**La Secretaría**” por una parte, y el **Ministerio de Inclusión Social y Desarrollo Humano**, de la provincia de San Luis, representado por su Ministra Mirtha Cristina MOBELLAN (D.N.I.: 10.680.612), con domicilio en la calle 9 de Julio 934, Ciudad de San Luis, Provincia de San Luis, en adelante “**EL Ministerio**” por la otra, acuerdan celebrar el presente convenio sujeto a las siguientes cláusulas.-----

**PRIMERA: Objeto.** El presente Convenio tiene objeto la implementación del Segundo Componente del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios a través de un (1) Sistema de Prestación con el objeto de incorporar y actualizar conocimientos a fin de brindar prestación directa a los adultos mayores, personas con discapacidad y enfermos crónicos o terminales.-----

**SEGUNDA: Implementación:** “ El Ministerio” se obliga a implementar un (1) Sistema de Prestación, cuyo diseño se agrega como Anexo I y forma parte integrante del presente convenio, a llevarse a cabo en la Ciudad de San Luis, Provincia de San Luis. La ejecución del programa se desarrollará en un plazo de seis (6) meses. El Sistema de Prestación tendrá una actividad de capacitación presencial de un (1) día por semana de cuatro (4) horas de duración, y una actividad de servicio de atención en domicilio de cuatro (4) días por semana, de cuatro (4) de duración, durante seis (6) meses. Simultáneamente, cada cuidador bajo Programa deberá atender de dos (2) a tres (3) personas destinatarias de Cuidados Domiciliarios como parte del Sistema de Prestación.-----

**TERCERA: “La Secretaría” se compromete a:** A) Transferir a “El Ministerio” un monto total de **PESOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA (\$ 40.280.-)** para cubrir los gastos correspondientes al dictado de un (1) Sistema de Prestación a llevarse a cabo en el lugar indicado en la Cláusula Precedente. La suma mencionada será abonada en un solo pago, y deberá ser aplicada de la siguiente forma: a) La suma de **PESOS CUATRO MIL DOSCIENTOS (\$ 4.200.-)** para financiar los gastos de un (1) Coordinador General con un monto de **PESOS SETECIENTOS (\$ 700.-)** por mes, durante seis (6) meses. b) La suma de **PESOS SIETE MIL DOSCIENTOS (\$ 7.200.-)** para financiar los gastos de dos (2) Coordinadores, con un monto de **PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-)** por mes, para cada uno, durante seis (6) meses. c) La suma de **PESOS VEINTICUATRO MIL (\$ 24.000.-)** para financiar los gastos de veinte (20) Becas de Cuidadores, con un monto de **PESOS DOSCIENTOS (\$ 200.-)** por mes, por persona, durante seis (6) meses. d) La suma de **PESOS DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA (2.880.-)** para financiar los gastos de noventa y seis (96) horas docentes, a razón de **PESOS TREINTA (\$30)** por hora docente. e) La suma de **PESOS DOS MIL (\$2.000.-)** para financiar gastos de insumos necesarios para el desarrollo del Sistema de Prestación.-----

**CUARTA: “El Ministerio” se obliga a:** A) Seleccionar y contratar los recursos humanos que desempeñarán las funciones de coordinadores, quienes deberán acreditar la idoneidad específica necesaria. B) Proponer los docentes en función de los perfiles que “**La secretaria**” considere adecuados. C) Proveer la infraestructura y el material didáctico adecuados a las características del

curso. D) Realizar conforme a lo estipulado en el Anexo I el Sistema de Prestación. E) Supervisar las prestaciones domiciliarias de deberán efectuar los Cuidadores Domiciliarios conforme al Anexo I. F) Celebrar, en los casos pertinentes, los contratos de becas para los docentes, Cuidadores Domiciliarios y coordinadores de conformidad con el modelo que se agrega como Anexo II y que forma parte del presente convenio. G) Efectuar la supervisión directa del Sistema de Prestación y la evaluación periódica de los Cuidadores Domiciliarios y de los docentes. H) Dar inicio a las actividades dentro de los quince (15) días de depositados los fondos por parte de “La Secretaría” para la ejecución del Sistema de Prestación. I) Presentar a la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES un primer informe de las actividades realizadas al inicio del Sistema de Prestación, un segundo informe transcurrido los tres (3) primeros meses de la implementación y un informe final a los diez (10) días de finalizado el mismo, cuyo diseño se agrega como Anexo IV y forma parte integrante del presente convenio, los que deberán ser debidamente aprobados por la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES. J) Organizar el Servicio de Atención en Domicilio de manera tal, que las personas atendidas sean personas en condiciones de riesgo social. K) Efectuar la supervisión directa del Servicio de Atención en Domicilio. L) Adecuar sus mecanismos de Control y Rendición de Cuentas a lo establecido por la Ley 24.156 de Administración financiera y Sistema de Control del Sector Público Nacional, sus reglamentaciones, la resolución del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación N° 2458/04 y lo establecido en este Convenio. La documentación deberá remitirse indefectiblemente a LA DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES dentro de los 10 días de finalizado el mismo. M) Llevar una contabilidad por separado de ingreso y egreso detallada de los fondos transferidos para el proyecto, objeto del presente. N) Efectuar, ante la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES, la rendición de cuentas documentada de la inversión de los fondos que recibiere, mediante la metodología prevista en la normativa vigente y de acuerdo a los formularios que obran como Anexo III, que forma parte integrante del presente convenio. O) Conservar debidamente archivadas por el término de diez (10) años, la documentación original respaldatoria de la inversión realizada de los fondos otorgados conforme a la cláusula primera del presente, la que estará a disposición de la DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN- AREA RENDICIÓN DE CUENTAS- para análisis y verificación, en el momento que se considere oportuno y sometida a las competencias de control previstas en la Ley N° 24.156. P) Utilizar los fondos a que hace mención la cláusula tercera en el Programa de Cuidados Domiciliarios, que en el marco del presente convenio se acuerda, no pudiendo modificar el destino de dichos fondos excepto con autorización previa y expresa de “ La Secretaría”.

**QUINTA:** “La Secretaría” se compromete a: A) Transferir a “El Ministerio” la suma estipulada en la cláusula tercera para financiar la ejecución de un (1) Sistema de Prestación. B) Brindar asistencia técnica en materia de evaluación y supervisión docente y de aspectos financieros y operativos del programa, a través de la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES. C) Remitir copia de los informes de auditoría y evaluación del programa que se

realicen, para que “**El Ministerio**” efectúe los ajustes que eventualmente recomiende la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES.-----

**SEXTA:** Sin perjuicio de las facultades que les corresponden a la Unidad de Auditoría Interna, Sindicatura General de la Nación queda facultada a realizar los controles de gestión sobre la ejecución del Sistema de Prestación y respecto del cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio, para lo cual “**El Ministerio**” pondrá a su disposición los elementos necesarios al efecto.-----

**SEPTIMA:** En caso de incumplimiento por parte de “**El Ministerio**” de algunas de las obligaciones emergentes del presente Convenio, “**La Secretaría**” se reserva el derecho a adoptar cualquiera de las siguientes acciones: a) Declarar unilateralmente la caducidad del subsidio otorgado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley de procedimientos Administrativos N° 19.549 y solicitar la devolución total o parcial de los fondos transferidos; b) Fijar plazos para corregir alteraciones en la ejecución del Sistema de Prestación. “**El Ministerio**” queda obligado a entregar, a requerimiento de “**La Secretaría**”, la totalidad de la documentación correspondiente a la gestión del mismo.-----

**OCTAVA:** Para todos los efectos emergentes del presente convenio, las partes constituyen domicilios legales en los establecidos precedentemente, los que serán válidos mientras no exista notificación fehaciente de su modificación, sometiéndose a la Jurisdicción de los Tribunales Federales en lo Contencioso Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponder.-----

A prueba de conformidad, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de Buenos Aires, a los 24 días del mes de Septiembre de dos mil siete.-----

Firmado:

**MIRTA C. MOBELLAN**

Ministro Secretario de Estado de Inclusión y Desarrollo Humano

**LIC. MARCELA PAOLA VESSVESSIAN**

Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Ministerio de Desarrollo Social

## ANEXO I

## SISTEMA DE PRESTACIÓN

- Conceptualización

La Atención Domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida. Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención. Para que las prestaciones de estos servicios sean eficientes, deben brindarse de manera continua y planificada, y responder a un trabajo interdisciplinario.

Si bien el concepto de servicio domiciliario responde a un criterio unificado, difiere en la organización práctica empresarial y administrativa del mismo. Los servicios domiciliarios presentan, en general, cuatro categorías, según el tipo de problemática bio-psico-social que atiendan y el estado de gravedad que presenten los usuarios del sistema.

Los servicios a brindar son **Servicios de Baja Complejidad** que se brindan a personas que, por razones biológicas, psicológicas y/o sociales, no pueden utilizar las tareas de la vida diaria por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas. Se apoyan en personal técnicamente capacitado para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con tácticas indicado por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites a las personas atendidas y actividades de recreación y de inserción laboral y social. (Cuidadores Domiciliarios).

- ◆ *Tipo de Prestaciones:*

**Apoyo, adiestramiento o sustitución en:**

- ☞ Acostarse-Levantarse
- ☞ Vestirse-Desvestirse
- ☞ Organización e higiene del hábitat
- ☞ Arreglo de la ropa
- ☞ Alimentación asistida
- ☞ Preparación de alimentos
- ☞ Compras
- ☞ Utilización de sanitarios
- ☞ Higiene y arreglo personal
- ☞ Movilización y desplazamiento dentro y fuera del hábitat
- ☞ Comunicación con el entorno
- ☞ Administración de medicamentos indicados
- ☞ Realización de trámites (Ej.: pensiones, obtención de prótesis, etc.)
- ☞ Prevención de accidentes
- ☞ Primeros auxilios
- ☞ Control de pulso y presión
- ☞ Relación intra e intergeneracional.
- ☞ Atención de salud (ej.: acompañamiento al médico, comprensión de las indicaciones del profesional, solicitud de turnos médicos, de laboratorio, de otros especialistas, etc.)

☞ Otras evaluadas como de apoyo a la vida diaria por la coordinadora de caso.

◆ *Recursos Humanos:*

**Responsable de la Coordinación General:**

*Perfil:* Profesionales acreditados por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores como coordinadores generales.

- Controlar que el servicio brindado responda a los criterios generales establecidos en el presente programa.
- Proponer a la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores las modificaciones o ampliaciones del programa para el mejor funcionamiento del mismo.
- Realizar las conexiones intra e interinstitucionales necesarias para el logro de los objetivos del programa.
- Coordinar los servicios de atención domiciliaria con otros servicios que permitan una mayor eficiencia de la prestación.
- Ingresar demanda según baremos establecidos y vialidad presupuestaria.
- Establecer cupo de beneficiarios de acuerdo a las pautas programáticas.
- Realizar la coordinación del programa entre Nación y provincia.
- Realizar los ajustes programáticos.
- Supervisar al equipo coordinador de casos.
- Efectuar el monitoreo del servicio.
- Implementar y organizar el registro correspondiente a los cuidadores domiciliarios.
- Dar de baja de este registro a los cuidadores domiciliarios que por circunstancias particulares o deficiencia en la calidad del trabajo, no puedan continuar en él.
- Designar a los cuidadores domiciliarios que trabajarán con cada coordinador de casos.
- Elevar a la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores en tiempo y forma los informes de rendición de cuenta.

**Coordinadores de Casos:**

*Perfil:* Trabajadores Sociales

*Cantidad:* uno (1) cada 10 – 15 cuidadores domiciliarios

**Tareas**

- Organizar reuniones de supervisión y reflexión sobre la tarea con los cuidadores domiciliarios.
- Recepcionar demanda.
- Instrumentar los mecanismos de selección de los beneficiarios para ingresarlos al sistema.
- Supervisar periódicamente a los cuidadores domiciliarios (horas trabajadas, cantidad de beneficiarios atendidos, dificultades en la tarea, etc.)
- Controlar la calidad del servicio brindado.
- Organizar y mantener actualizado el fichero de beneficiarios.
- Determinar cuál de los cuidadores domiciliarios cubrirá el servicio y distribuir los horarios, así como puntualizar el tipo de prestaciones a brindar, incrementando o reduciendo las mismas según las necesidades.
- Presentar al cuidador domiciliario.

**Cuidadores Domiciliarios:**

*Perfil:* Egresados de los cursos de formación avalados por el Ministerio de Desarrollo Social a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

*Cantidad:* un (1) cuidador cada 3 beneficiarios

*Horas diarias de trabajo:* cuatro (4).

*Tareas:*

- Aceptar prestar servicios en los domicilios de los beneficiarios determinados por el/la coordinador/a de casos en los días y horas que esta fije.
- Aceptar la zona de trabajo que le sea designada y los posibles cambios.
- Concurrir a la supervisión técnica y administrativa.
- Brindar la información de los beneficiarios atendidos que permita una mejor comprensión de la problemática y ajustes de las prestaciones.
- Registrar la información de rutina de las actividades realizadas en un parte semanal que entregará a la coordinadora de casos.
- Llevar un registro escrito por cada beneficiario atendido donde figure:
  - a) Novedades que se produzcan o todos aquellos datos que se consideren importantes.
  - b) Rendición de cuentas de los gastos que se efectúen cuando realicen compras.
- Concurrir a los cursos de capacitación permanente organizados por la unidad formadora.

◆ *Instrumentos:*

Instrumentos	Responsable
Informe Social	Trabajador Social
Baremo de Autonomía Personal	Trabajador Social
Baremo de Situación Socio- Familiar	Trabajador Social
Formulario de Situación Socio-Familiar	Trabajador Social
Informe Semanal de prestaciones brindadas	Cuidador Domiciliario
Planilla de asistencia en domicilio del cuidador	Beneficiario y /o familiar

BENEFICIARIOS
---------------

**Directos:** Personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales que se encuentren con o sin familia, que por diversos motivos requieran ayuda en las actividades de la vida diaria en su domicilio.

**Indirectos:**

1-Cuidados Domiciliarios

2-Familiares de las personas atendidas

◆ *Requisitos de la población beneficiaria*

**1-Personas mayores:**

- Edad 60 años y más
- Situación económica: en situación de vulnerabilidad social y que los familiares obligados por ley a prestar asistencia al solicitante acrediten ingresos insuficientes.
- Situación familiar:
  - A) Sin familia
  - B) Con familia:

a) Personas que vivan solas pero que tienen familiares que no lo puede atender por razones de distancia, laborales, composición familiar u otras evaluadas por la trabajadora social.

b) Personas que vivan con familiares que no lo pueden atender por enfermedad o incapacidad física o psíquica, por razones laborales u otras evaluadas por la trabajadora social.

**2-Personas con discapacidad**

- Edad: sin límite
- Situación económica: Ídem personas mayores
- Situación familiar: Ídem personas mayores, pero se debe tener en cuenta que en aquellos casos que necesiten apoyo permanente, debe existir un familiar o allegado que se haga cargo del beneficiario y lo atienda cuando el personal especializado no esté.
- Tipo: Motoras, sensoriales, mentales (solo con compromiso intelectual), viscerales y múltiples.
- Grado: leves y moderadas.

**3- Personas con patologías crónicas o terminales**

- Edad: sin límite
- Situación económica: ídem al anterior
- Situación familiar: ídem al anterior

## ANEXO II

## MODELO DE CONTRATO DE BECA (COORDINADOR GENERAL DOCENTE)

Entre la EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN /.....DE LA PROVINCIA DE ....., representada por Don ....., en su carácter de MINISTRO/SECRETARIO/INTENDENTE/PRESIDENTE, con domicilio en la Calle.....Nº....., Piso....., letra “.....”, de la localidad de ....., por una parte, en adelante “EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN” y, por la otra el Sr....., con DNI....., con domicilio real y constituido en la calle.....Nº....., Piso....., letra “....”, de la localidad de....., en adelante “**El Coordinador General Docente**”, se conviene celebrar el presente contrato sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación...concede una beca con el objeto de Cumplimentar la función “**El Coordinador General Docente**”, del Sistema de Prestación de Cuidados Domiciliarios con el objeto de incorporar y actualizar conocimientos a fin de brindar prestación directa a los adultos mayores, personas con discapacidad y enfermos crónicos o terminales, desde el día..... de .....de200.. Hasta el día.....de.....200.....

**SEGUNDA:** “**El Coordinador General Docente**”, tendrá la función De....., de acuerdo a las pautas exigidas por el Programa Cuidados Domiciliarios Sistema de Prestación que determine la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

**TERCERA:** “**El Coordinador General Docente**”, tendrá una carga horaria de.....horas semanales. Es facultad de “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación” la determinación de los días y horas en que se efectuarán las mismas dentro de los máximos preestablecidos.

**CUARTA:** La suma total de la beca es de.....PESOS (\$.....-). Dicha suma será abonada por el Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación en forma mensual y en un todo de acuerdo con la tarea efectivamente realizada y hasta la finalización del presente o hasta que el mismo quede sin efecto por cualquier causa. -----

**QUINTA:** En el caso de que “**El Coordinador General Docente**”, no cumpliera fielmente con las obligaciones que contrae de acuerdo al siguiente convenio, incurriera en inasistencias injustificadas, llegadas tarde, o en otras faltas, actitudes o conductas perjudiciales para el funcionamiento de la beca y/o los intereses de “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”, ésta podrá declarar rescindido el presente convenio, sin obligación indemnizatoria por parte del “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.-----

**SEXTA:** “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.....no asume ninguna de las obligaciones propias del Contrato de Trabajo en relación de dependencia o de la locación de obras o servicios, “**El Coordinado General Docente**”, podrá invocar derecho alguno en el mismo sentido.--

En prueba de conformidad, se firma dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en Buenos Aires, a los....días del mes de.....de200.....

## ANEXO II

## MODELO DE CONTRATO DE BECA (COORDINADOR DE CASOS DOCENTE)

Entre la EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN /.....DE LA PROVINCIA DE ....., representada por Don ....., en su carácter de MINISTRO/SECRETARIO/INTENDENTE/PRESIDENTE, con domicilio en la Calle.....Nº....., Piso....., letra “.....”, de la localidad de ....., por una parte, en adelante “EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN” y, por la otra el Sr....., con DNI....., con domicilio real y constituido en la calle.....Nº....., Piso....., letra “...”, de la localidad de....., en adelante “**El Coordinador de Casos Docente**”, se conviene celebrar el presente contrato sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación...concede una beca con el objeto de cumplimentar la función **Coordinador de Casos Docente** del Sistema de Prestación de Cuidados Domiciliarios que tiene por finalidad brindar atención domiciliaria de manera eficiente y eficaz, maximizando los recursos profesionales y técnicos e impactando en el grupo poblacional al que esta dirigido, según sus necesidades específicas, desde el día ...de...de200... hasta el día..... de.....de.....200...-----

**SEGUNDA:** “**El Coordinador de Casos Docente**” tendrá la función de....., de acuerdo a las pautas exigidas por el Programa Cuidados Domiciliarios Sistema de Prestación, que determine la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:

**TERCERA:** “**El Coordinador de Casos Docente**” tendrá una carga horaria de..... horas semanales. Es facultad de “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación” la determinación de los días y horas en que se efectuarán las mismas dentro de los máximos preestablecidos.

**CUARTA:** La suma total de la beca es de...PESOS (\$.....-). Dicha suma será abonada por el Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación en forma mensual y en un todo de acuerdo con la tarea efectivamente realizada y hasta la finalización del presente o hasta que el mismo quede sin efecto por cualquier causa.-----

**QUINTA:** En el caso de que “**El Coordinador de Casos Docente**” no cumpliera fielmente con las obligaciones que contrae de acuerdo al siguiente convenio, incurriera en inasistencias injustificadas, llegadas tarde, o en otras faltas, actitudes o conductas perjudiciales para el funcionamiento de la beca y/o los intereses de “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación, ésta podrá declarar rescindido el presente convenio, sin obligación indemnizatoria por parte del “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.-----

**SEXTA:** “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.....no asume ninguna de las obligaciones propias del Contrato de Trabajo en relación de dependencia o de locación de obras o servicios, ni “**El Coordinador de Casos Docente**” podrá invocar derecho alguno en el mismo sentido.-----

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en Buenos Aires, a los .....días del mes de.....de 200...-----

## ANEXO II

## MODELO DE CONTRATO DE BECA (DOCENTE)

Entre la EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN /.....DE LA PROVINCIA DE ....., representada por Don ....., en su carácter de MINISTRO/SECRETARIO/INTENDENTE/PRESIDENTE, con domicilio en la Calle.....Nº....., Piso....., letra “.....”, de la localidad de ....., por una parte, en adelante “EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN” y, por la otra el Sr....., con DNI....., con domicilio real y constituido en la calle.....Nº....., Piso....., letra “....”, de la localidad de....., en adelante “**El Docente**”, se conviene celebrar el presente contrato sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación... concede una beca con el objeto de cumplimentar la función **Docente** del Sistema de Prestación de Cuidados Domiciliarios que tiene por finalidad brindar atención domiciliaria de manera eficiente y eficaz, maximizando los recursos profesionales y técnicos e impactando en el grupo poblacional al que esta dirigido, según sus necesidades específicas, desde el día....de....de.....de.....200 hasta el día.....de.....de.....200-----

**SEGUNDA:** “**El Docente**” tendrá la función de....., de acuerdo a la pautas exigidas por el Programa Cuidados Domiciliarios Sistema de Prestación, que determine la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

**TERCERA:** “**El Docente**” tendrá una carga horaria de.....horas semanales. Es facultad de “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación” la determinación de los días y horas en que se efectuarán las mismas dentro de los máximos preestablecidos.

**CUARTA:** La suma total de la beca es de .....PESOS (\$.....-). Dicha suma será abonada por el Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación en forma mensual y en un todo de acuerdo con la tarea efectivamente realizada y hasta la finalización del presente o hasta que el mismo quede sin efecto por cualquier causa.-----

**QUINTA:** En el caso de que “**El Docente**” no cumpliera fielmente con las obligaciones que contrae de acuerdo al siguiente convenio, incurriera en inasistencias injustificadas, llegadas tarde, o en otras faltas, actitudes o conductas perjudiciales para el funcionamiento de la beca y/o los intereses de “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”, ésta podrá declarar rescindido el presente convenio, sin obligación indemnizatoria por parte del “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.-----

**SEXTA:** “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.....no asume ninguna de las obligaciones propias del Contrato de Trabajo en relación de dependencia o de locación de obras o servicios, ni “**El Docente**” podrá invocar derecho alguno en el mismo sentido.-----

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en Buenos Aires, a los.....días del mes de.....de200...-----

**MODELO DE CONTRATO DE BECA (CUIDADOR DOMICILIARIO)**

Entre la EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN /.....DE LA PROVINCIA DE ....., representada por Don ....., en su carácter de MINISTRO/SECRETARIO/INTENDENTE/PRESIDENTE, con domicilio en la Calle.....Nº....., Piso....., letra “.....”, de la localidad de ....., por una parte, en adelante “EL MINISTERIO/SECRETARIA/MUNICIPALIDAD/FUNDACIÓN” y, por la otra el Sr....., con DNI....., con domicilio real y constituido en la calle.....Nº....., Piso....., letra “...”, de la localidad de....., en adelante “**El Cuidador Domiciliario**”, se conviene celebrar el presente contrato sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación... concede una beca con el objeto de cumplimentar la función **Cuidador Domiciliario** del/los curso/s de Cuidadores Domiciliarios, que tiene por finalidad brindar atención domiciliaria de manera eficiente y eficaz, maximizando los recursos profesionales y técnicos e impactando en el grupo poblacional al que esta dirigido, según sus necesidades específicas, desde el día....de.....de.....200 hasta el día.....de.....de.....200-----

**SEGUNDA:** “**El Cuidador Domiciliario**” tendrá la función de....., de acuerdo a la pautas exigidas por el Programa Cuidados Domiciliarios, que determine la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

**TERCERA:** “**El Cuidador Domiciliario**” tendrá una carga horaria de.....horas semanales. Es facultad de “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación” la determinación de los días y horas en que se efectuarán las mismas dentro de los máximos preestablecidos.

**CUARTA:** La suma total de la beca es de .....PESOS (\$.....-). Dicha suma será abonada por el Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación en forma mensual y en un todo de acuerdo con la tarea efectivamente realizada y hasta la finalización del presente o hasta que el mismo quede sin efecto por cualquier causa.-----

**QUINTA:** En el caso de que “**El Cuidador Domiciliario**” no cumpliera fielmente con las obligaciones que contrae de acuerdo al siguiente convenio, incurriera en inasistencias injustificadas, llegadas tarde, o en otras faltas, actitudes o conductas perjudiciales para el funcionamiento de la beca y/o los intereses de “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”, ésta podrá declarar rescindido el presente convenio, sin obligación indemnizatoria por parte del “Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.-----

**SEXTA:** “El Ministerio/Secretaría/Municipalidad/Fundación”.....no asume ninguna de las obligaciones propias del Contrato de Trabajo en relación de dependencia o de locación de obras o servicios, ni “**El Cuidador Domiciliario**” podrá invocar derecho alguno en el mismo sentido.----- En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en Buenos Aires, a los.....días del mes de.....de200...-----

## ANEXO III

## DECLARACIÓN JURADA SOBRE APLICACIÓN DE FONDOS DE SUBSIDIO

\_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_

**Señor**  
**Director General de Administración**  
**Área Rendición de Cuentas**

El (los) que suscribe(n) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ en mi (nuestro) carácter de \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_, de (4) \_\_\_\_\_ con domicilio real/legal en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ de la Ciudad/Localidad de \_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_, manifestamos con carácter de declaración jurada, que he/hemos aplicado los fondos de subsidio oportunamente otorgados por la SECRETARIA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA mediante Resolución N° \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_, tramitado bajo Expediente N° \_\_\_\_\_, conforme el detalle que se expone seguidamente:

Suma otorgada: Total a la fecha:	\$ _____
Inversión documentada rendida en la Presente:	\$ _____
Inversión documentada acumulada	\$ _____
Total rendida:	
Saldo a invertir:	\$ _____

Asimismo, cumplimos en adjuntar un detalle de los respectivos comprobantes respaldatorios de la inversión documentada con arreglo al detalle de fecha, tipo y N° de comprobante, proveedor, concepto, e importe total, debidamente firmado por (Presidente y Contador o Tesorero de la Institución beneficiaria).

Adicionalmente también con carácter de declaración jurada, manifiesto/manifestamos que: Los fondos recibidos en concepto de subsidio fueron empleados para el objeto solicitado y/o tenido en cuenta para su otorgamiento.

**(PARA EL CASO DE ORGANISMOS GUBERNAMENTALES)** Fueron cumplidos los procedimientos requeridos por las normas provinciales y/o municipales, en cuanto a administración presupuestaria, sistema de registración contable, régimen de contrataciones, reglamento de bienes y que asimismo fueron observadas las norma de control interno vigentes en la jurisdicción respectiva.

La totalidad de la documentación original, respaldatoria del empleo de los fondos del subsidio cumple con las formalidades y requisitos establecidos por la Resolución N° 1415/03, complementarias y modificaciones de la Administración Federal Públicos (AFIP). La documentación ORIGINAL se encuentra debidamente archivada, en el domicilio de \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ y a disposición de la DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN- ÁREA RENDICIÓN DE CUENTAS, para su análisis y verificación en el momento que se considere oportuno y sometidas a las competencias de control previstas en la Ley N° 24.156

**(Para los casos de adquisición, construcción refacción ampliación o habilitación de inmuebles)**  
Se ha verificado la existencia de la constancia de atentación marginal en título de propiedad, reglada por el artículo 1° del Derecho N° 23.871/44

---

Firma y aclaración del Tesorero o Contador

---

Firma y aclaración de la Autoridad Máxima

- (1) Lugar y fecha de emisión
- (2) Nombre y apellido
- (3) Cargo que ocupa en la Institución.
- (4) Entidad u Organismo.
- (5) Sede de la institución u organismo público o privado.

**FORMULARIO: “DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA DE LA INVERSIÓN DE FONDOS DEL SUBSIDIO”**

Expediente CONAF N°
------------------------

RESOLUCIÓN N° /200 \$: .....
---------------------------------

Fecha	Tipo	Número	Proveedor	Bien o servicio	Importe
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Total General					

La totalidad de la información indicada fue realizada sin omitir ni falsear dato alguno.

\_\_\_\_\_  
Firma del contador o tesorero de la ong o de la autoridad administrativa del organismo público

\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente de la Institución o responsable del proyecto

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

Los campos a completar de la planilla son:

- (1) Fecha de emisión del comprobante
- (2) Indicar si es factura, recibo o documento equivalente.
- (3) Numeración correspondiente al tipo de comprobante.
- (4) Individualización de la persona física o jurídica que emite el comprobante.
- (5) Descripción del bien o servicio objeto de la presente contratación.
- (6) Importe de factura, recibo o documento equivalente y total de importe de comprobantes.
- (7) Equivalente, objeto de la presente contratación.

En el caso de no presentación de fotocopias de facturas este formulario deberá ser suscripto además por CPN independiente certificada por el Consejo Profesional respectivo.

## ANEXO IV

**INFORME TÉCNICO FINAL**

**Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores**  
**Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios**  
**Segundo Componente: Sistema de Prestación / Curso de Actualización,**  
**Nivelación y Profundización de Contenidos**

---

Institución a cargo del Programa:

Referente:

Coordinador/a General:

Coordinadoras/es de Casos:

Localización del Proyecto:

Fecha de Inicio:

Fecha prevista de cierre:

Cantidad de Cuidadores Domiciliarios Egresados (Adjuntar listado según formulario Anexo 1)

1- Cambios en el Equipo de Coordinación. En caso de haber realizado alguna modificación con respecto a la situación inicial descrita en la primera documentación que nos enviara, vuélquelo en el siguiente cuadro:

	<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Profesión</b>	<b>Localidad</b>
<b>Coordinación General</b>			
<b>Coordinación Grupal</b>			
<b>Coordinación Grupal</b>			

Justifique los cambios efectuados. Remita la documentación que fundamenta las modificaciones. Recuerde que debe remitirnos los currículum de los nuevos coordinadores.

2- Cambios en el equipo docente (Curso de actualización, Nivelación y Profundización de contenidos). En caso de haber realizado alguna modificación con respecto a la situación inicial descrita en la primera documentación que no enviara, vuélquelo en el siguiente cuadro:

	<b>Nombre y Apellido del Nuevo docente</b>	<b>Módulo a dictar</b>	<b>Profesión</b>	<b>Localidad</b>
<b>Docentes</b>				

Mencione los docentes reemplazados. Justifique los cambios efectuados. Remita la documentación que fundamenta las modificaciones. Recuerde que debe remitirnos los currículum de los nuevos docentes.

3.- Indique las modificaciones que surgieron en el proceso de presentación de los cuidadores, de acuerdo a la siguiente modalidad.

Cantidad Inicial de Cuidadores	Cantidad de Cuidadores Incorporados	Cantidad de Cuidadores incorporados	Cantidad de Cuidadores al cierre del Sistema

Exponga las causas de abandono:

-----

-

-----

-

-----

4- Indique cantidad en número y en porcentajes de Cuidadores Beneficiarios de Planes Sociales Nacionales y cuántos no:

Cantidad Beneficiarios	Beneficiarios Planes Sociales Nacionales		Beneficiarios de otros Planes		Beneficiarios sin Plan Social	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%

**5- Evaluaciones.** Complete el siguiente cuadro del curso de actualización, nivelación y profundización de contenidos al finalizar la capacitación, presentando la cantidad en número y en porcentajes. Ej. Si el total de alumnos evaluados es el 100 %, que porcentaje aprobó, y que porcentaje desaprobó.

Total de alumnos evaluados	Aprobados		Desaprobados	
	Nº	%	Nº	%

**6- Mencione qué actividades no previstas se han realizado.**

-----

-----

-----

-----

**7- Evaluación:** La unidad Efectora deberá en este punto consignar todos aquellos datos que no surjan de esta guía. Registro y desarrollo del proceso del Sistema de Prestación, en función de los aspectos cualitativos exclusivamente.

**8-Prestación:**

**8.1 Población beneficiaria:** Construir un padrón de beneficiarios de la prestación, consignando apellido y nombre, D.N.I., edad (al momento de asignar la prestación), domicilio y teléfono. Según modelo de padrón informático.

**8.2 Beneficiarios de la prestación:** adultos mayores, personas con discapacidad y/o enfermos terminales, caracterizar según cuadros:

**Cuadro A:**

Cantidad de Cuidadores	Números de Casos atendidos	Adultos Mayores atendidos		Menores de 60 Años atendidos
		Mujeres	Varones	

**Cuadro B:**

Número de Adultos Mayores Atendidos	Autoválidos		Dependientes	
	Nº	%	Nº	%

**Cuadro C:**

Número de Adultos Mayores atendidos	Personas con discapacidad		Enfermos crónicos		Enfermos terminales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%

**8- Articulación Interinstitucional****9- Indicadores****De Diagnóstico:**

Nº de cuidadores inscriptos 2º etapa

Nº de cuidadores capacitados 1º etapa

**De Proceso:**

Nº de cuidadores finalizan 2º etapa

Nº de cuidadores inician 2º etapa

Nº de módulos implementados

Nº de módulos programados

**De Resultado:**

Nº de casos atendidos

Nº de casos programados

**De Impacto:** (se piden a los seis meses de finalizada la segunda etapa)

Nº de cuidadores que finalizaron 2º etapa

Nº de cuidadores que se hallan trabajando

**10- Listado de cuidadores domiciliarios egresados del curso de nivelación, según formulario que se adjunta.**