

## CARTA DE INTENCION

PROYECTO ENTREGA DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDAS TÉCNICAS.

De conformidad con el plan de Desarrollo Distrital 2016-2020 “Bogotá mejor para todos” en su primer pilar “Igualdad de calidad de Vida”, que promueve “una ciudad incluyente y sin barreras”, manifiesta en su pagina 52:

*“La inclusión efectiva de las personas con discapacidad debe comprender la gestión y el uso de los recursos para contribuir a la construcción y el fortalecimiento de los lazos familiares, sociales, económicos y culturales que permitan el disfrute de la vida y de la ciudad, tal como lo propone la Política Pública Distrital de Discapacidad en su artículo 7: “La inclusión social implica acceder, disponer, aportar y transformar las condiciones que determinan la desigualdad. Implica también, reconocer y hacer uso de los recursos conceptuales, técnicos y metodológicos que contribuyen a reconstruir los lazos sociales y culturales para disfrutar de la vida y de la ciudad.” Adicionalmente, la inclusión social de la población con discapacidad se debe reflejar en la consolidación de esquemas de apoyos, comprendiendo que dichos apoyos sirven para disminuir la brecha entre las competencias de la persona y las demandas del entorno. Esta reducción les debe permitir el acceso a sus derechos (salud, educación, generación de ingresos, cultura, recreación y deporte y participación) y favorecer la ruptura de barreras frente a la discapacidad, haciendo un trabajo de fortalecimiento de redes comunitarias y familiares”*

Es por ello que, el Fondo de Desarrollo Local XXX dentro del programa “igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente”, del proyecto XXX \_\_\_\_\_ y, que través del Convenio o Contrato N° XXXX de 201\_ con \_\_\_\_\_, hace entrega del (los) siguiente(s) DISPOSITIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDAS TÉCNICAS, a: \_\_\_\_\_, identificado (a) con No de Cédula: \_\_\_\_\_ 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 por parte de la Subred \_\_\_\_\_ a través de los recursos que dispone el Fondo de Desarrollo Local de \_\_\_\_\_, el /lo (s) Dispositivos de Asistencia Personal (D.A.P.) - Ayudas Técnicas (A.T) que se describen a continuación;

NOMBRE DEL D.A.P.- A.T.	DESCRIPCION DEL BIEN	CANTIDAD	TIEMPO DE GARANTIA
<b>TOTAL, DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL RECIBIDOS:</b> _____			

De igual forma manifiesto que:

- He recibido el/los dispositivo(s) nuevo(s), en buen estado, los cuales cumplen con mi necesidad.
- He recibo copia de la garantía de cada uno del o los elemento(s), con el fin de reportar la necesidad de uso adecuado, buen manejo y correcta utilización.
- Reconozco que los elementos entregados solo 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.
- Se me ha informado que el (los) elementos entregados no podrán ser vendidos, arrendados, prestados, usados, dados o entregados a personas naturales y /o jurídicas diferentes o para fines distintos al establecido.
- 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.
- 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.
- 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.

Lo anterior se firma a los \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Lo anterior se firma a los \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Nombre Del Beneficiario: _____ Firma: _____ Cédula: _____	Nombre del Cuidador/Familiar: _____ Firma: _____ Cédula: _____
Nombre del Supervisor FDL _____ Firma: _____ Cédula: _____	Nombre del Coordinador de proyectos de Inversión /Ejecutor: _____ Firma: _____ Cédula: _____

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**