**ACTA ACUERDO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO**

**FECHA:**

**OBRA SOCIAL:**

**PACIENTE:**

**ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO/A (AT) :**

**DISPOSITIVO:**

**FAMILIAR RESPONSABLE:**

**EQUIPO PROFESIONAL TRATANTE:**

Por el presente y de común acuerdo, se establecen los términos y condiciones que rigen la prestación del servicio del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (AT), estableciendo las obligaciones de cada una de las partes. El mismo tendrá vigencia mientras subsista la prestación del servicio y demás condiciones que se tuvieran en cuenta al momento al momento de su celebración, por lo que caduca al finalizar el servicio, cualquiera sea la causa.

1. **Obligaciones del AT:**

**1.- 1.-** Ajustarse los términos y condiciones (horas, días, objetivos, tareas, etc.) consignados en el plan de trabajo que, como anexo se adjunta, formando parte del presente.

1. Dichos Anexos tienen fecha y numeración y se actualizan toda vez que sea necesario, notificándose por mail (\*) a las partes, en cada oportunidad de actualización.
2. Cualquier modificación debe ser comunicada por mail a la familia y al Supervisor, con una antelación no menor a los tres (3) días.
3. Quedan expresamente *prohibidos* los acuerdos por fuera de la presente acta entre el familiar responsable y el/la AT, sea en cantidad de horas, honorarios, objetivos de trabajo y/o cualquier condición pactada en el presente.
4. En caso de renuncia al dispositivo por parte del/la AT, debe ser comunicado por mail con una antelación no menor a los quince (15) días, a fin de otorgar tiempo suficiente para la selección de un profesional reemplazante, acorde a las necesidades del caso.

**1.- 2.-** Mantener comunicación fluida con el Supervisor de “*Te Acompañamos”.*

1. El /la AT deberá informar el estado del paciente y/o cualquier eventualidad que surja, por medio de comunicación telefónica, whatsapp, etc., con la frecuencia y asiduidad que el caso requiera.
2. El /la AT deberá presentar al Supervisor un informe mensual por escrito por mail, que dé cuenta de las actividades realizadas, los objetivos logrados y a alcanzar y el estado del paciente (progresos, retrocesos y dificultades que presenta, etc.)

**1.- 3.-** Remitir al Supervisor de “*Te Acompañamos”*, la documentación que, a continuación, se detalla:

*Al inicio*:

* CV completo y actualizado
* Título
* Inscripción Monotributo
* Seguro de Accidentes personales

*Con el pago*:

* Factura con detalle de las horas mensuales

**La supervisora es la única interlocutora asignada para canalizar toda la tarea técnico administrativa** ya que es el nexo entre *Te Acompañamos* y la red de participantes en el programa (paciente, familiares, Equipo Profesional Tratante y Obra Social). La liquidación mensual, recepción de órdenes de pago y transferencia de honorarios al AT y a la Supervisión, así como reclamos a terceros son exclusiva responsabilidad de la Administración de *Te Acompañamos.* Cualquier reclamo al respecto por parte del AT o familiares del paciente debe ser presentado a la Supervisora actuante en forma escrita para que la misma lo gestione ante la Administración de *Te Acompañamos* (por ej, reclamo por retraso en pago de honorarios del AT). Por tanto, se excluye a la familia del paciente y al AT de toda intervención directa con la Obra Social, la cual queda a cargo de la Administración de *Te Acompañamos*.

1. **Obligaciones de “Te Acompañamos”:**

**2.- 1.-** Comunicarnos con el Equipo Profesional Tratante para conocer las necesidades de trabajo y tareas específicas propuestas para el/ la AT, que nos permita elaborar el plan terapéutico, con esquema de días y horarios a trabajar según los requerimientos del caso.

**2.- 2.-** La Supervisión de Teacompañamos responderá a los requerimientos familiares que sean formulados vía mail al siguiente correo electrónico: info.teacompanamos@gmail.com

**2.- 3.-** Seleccionar al AT idóneo para el cargo.

**2.- 4.-** Elevar a la obra social el plan de trabajo del AT.

**2.- 5.-** Elevar un informe de seguimiento mensual a la obra social, sobre las actividades realizadas por el/la AT y los resultados obtenidos (el mismo deberá ir con copia al Equipo Profesional Tratante)

**2.- 6.-** Sostener una reunión quincenal con el/la AT a fin de supervisar sus actividades. Deberá remitir con una anticipación de 24 horas el resumen del caso a ser tratado en la supervisión. Asimismo, se estará a disposición de la/el AT para responder a situaciones imprevistas que por su naturaleza no admitan ser esperadas a plantearse en el encuentro de supervisión

**2.- 7.-** Estar a disposición del Equipo Profesional Tratante para recibir nuevas indicaciones en relación al trabajo de la/el AT y conocer los avances y las dificultades del paciente, a trabajar en el marco del dispositivo.

**2.8-** El contrato de trabajo con el/la AT podrá ser rescindido a pedido de la familia, o de la Supervisora de Teacompañamos. El mismo deberá ser comunicado con 30 días de anticipación al AT.

1. **Obligaciones del paciente/ familiar responsable:**

**3.- 1.-** Comunicarse con la Supervisora ante cualquier duda, sugerencia o inconveniente con el dispositivo de acompañamiento por medio de mail exclusivamente a info.teacompanamos@gmail.com

**3.- 2.-** Comunicar inmediatamente cualquier cambio (en el Equipo Profesional Tratante, de Obra Social, etc) a modo de arbitrar los medios para la continuidad del dispositivo.

**3.- 3.-** Abstenerse de cualquier arreglo o acuerdo con la/el AT por fuera del dispositivo planteado (ya sea en carga horaria, honorarios, objetivos, etc), lo cual está expresamente *prohibido*.

(\*) Toda comunicación por mail deberá ser remitida a

**Supervisor:** info.teacompanamos@gmail.com

**AT:**

**Obra Social:**

**CUALQUIER INCUMPLIMIENTO AL PRESENTE ACUERDO HABILITA A LA DIRECCIÓN DE TE ACOMPAÑAMOS A LA SUSPENSIÓN Y/O RESCISIÓN DEL MISMO.**



**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y ACLARACIÓN DE**

**PACIENTE / FAMILIAR RESPONSABLE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y ACLARACIÓN DE**

**ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

Mariana de la Canal

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y ACLARACIÓN DE**

**SUPERVISORA**

Hugo Amengual

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y ACLARACIÓN DE**

**DIRECTOR DE TEACOMPAÑAMOS**