**CENTRO TERAPEUTICO EVOLUCION CHILE**

En ISLA DE MAIPO, a **20 de octubre de 2025**, entre Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, ubicado en avenida san Antonio de Naltahua #7180, comuna Isla de Maipo y representada legalmente por **ALEX BEAS ORELLANA**, Cédula de Identidad **9.218.871-K** , en adelante , Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE por una parte, y por otra don(a) (apoderado) **Luzmira Fuentes**, Cédula de Identidad **454545454** , con domicilio en **Salas 8973 La Cisterna**, Comuna de **temuco**, Región **Metropolitana**, en su calidad de apoderado(a) y para estos efectos representante de don(a)(residente) **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Cédula de Identidad **9876543210**, con domicilio en **Salas 8973 La Cisterna**, comuna de **temuco**, Región **Metropolitana**.

Se ha convenido el siguiente contrato por Tratamiento de Rehabilitación:

Primero: Don(residente) **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**.

Ha decidido en forma voluntariamente y en absoluta capacidad de decisión, ingresar al Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, con el objetivo de integrarse a un Programa Terapéutico de Rehabilitación y Reeducación, denominándose desde este instante RESIDENTE USUARIO, para todos los fines y consecuencias legales de este contrato.

Segundo:

El Residente Usuario nombra como su apoderado(a) y representante ante el Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE Don(a)(apoderado): **Luzmira Fuentes**, ya individualizado(a) anteriormente, y quien asumirá las obligaciones derivadas de este contrato, ya sea en lo referido a la observancia de las servicios que obligan a Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, del mismo modo, la condición de apoderado(a) le entrega la potestad para hacer cumplir los derechos que emanan de manera tácita y/o explicita, dada la naturaleza de este contrato privado.

Tercero:

El Residente Usuario se define como la persona que requiere los servicios terapéuticos integrales del Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, institución que, a la firma de este contrato, acepta el ingreso del Residente Usuario, obligándose a otorgar el servicio requerido, mientras se cumplan las obligaciones que aquí se establecen, como también las normas de convivencia establecidas en el Reglamento Interno del Centro, las que recibe en este acto por escrito, y se dan como conocidas y comprendidas por el contratante.

Cuarto:

El (la) apoderado(a) se compromete a cumplir y velar por el cumplimiento por parte del Residente Usuario, de las normas y regulaciones del servicio a otorgar. Del mismo modo, se obliga a cancelar la mensualidad determinada por el Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, con vencimiento los días 30 de cada mes, mientras Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE otorgue los servicios terapéuticos establecidos en este documento, fijando su valor mensual, en la suma de $**350.000** NETO + IVA.

Se deja establecido que este monto podría ser reajustado si fuera requerida la permanencia del Residente Usuario por más de siete (7) meses en el Centro, en cuyo caso se firmara un nuevo contrato. Del mismo modo, si se pusiera término antes de los siete meses a este contrato y posteriormente fuese solicitado el reingreso del Residente Usuario, el valor de la mensualidad podría sufrir cambios.

Quinto:

Si el Residente Usuario hiciera abandono del tratamiento y por lo tanto del Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, esto no será causal de devolución de la mensualidad del mes en curso.

Sexto:

Los servicios del Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE tendrán una duración mínima que deberá ser determinada por el equipo rehabilitador competente, contado desde la fecha de ingreso del Residente Usuario a Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, siendo el resultado subjetivo, en cada Residente Usuario y dependerá del desarrollo y avance del tratamiento. Este plazo puede ser ampliado o reducido, situación que solo podrán determinar los profesionales terapéuticos responsables del Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE.

Septimo:

El (la) apoderado(a), por medio de este contrato, exonera de responsabilidad a Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE por cualquier acto que realice el Residente Usuario de las instalaciones donde se entrega el servicio terapéutico de rehabilitación y que afecten la integridad o bienes de terceras personas, asumiendo, en su calidad de responsable civil, en este contrato la responsabilidad de dichos actos.

Octavo:

El (la) apoderado(a) acepta que, en caso de no cumplir con las estipulaciones de este contrato y reglamento interno de la institución, el presente contrato queda sin efecto, sin que intervenga, en ningún procedimiento judicial al respecto, en contra de Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, quien podrá automáticamente poner fin al servicio terapéutico de rehabilitación al Residente Usuario.

Noveno:

Queda a conocimiento del (la) apoderado(a) que el Residente Usuario junto con adquirir el derecho de ingresar y hacer uso del servicio Terapéutico de Rehabilitación y sus instalaciones e infraestructura, deberá cumplir con un régimen que considera objetivos, metas y plazos a cumplir, los que, podrá mantener, bajo su estricta observación, en coordinación con el Equipo terapéutico de Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE.

Decimo:

Si el Residente Usuario hace abandono voluntario del Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE y por ende del tratamiento terapéutico, el (la) apoderado(a) deberá acercarse al centro a retirar las pertenencias del residente en cuestión y a cancelar los dineros que estuviesen, a esa fecha, pendientes de pago, por cualquier tipo de concepto referente a este contrato.

Decimo primero:

Queda establecido y en conocimiento del Residente Usuario, así como de su apoderado(a) que son faltas graves y, por lo tanto, causal de expulsión inmediata, los actos en que incurra el Residente Usuario, y que ponga en peligro la integridad física y/o sicológica de algún otro residente, familiar de visita en el centro, o de las personas que trabajan en el Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE. De igual forma, cuando no respete las normas y/o el reglamente interno del Centro.

Décimo segundo:

Las derivaciones de trámites clínicos y/o personales del residente, son costos asociados que deberá asumir el apoderado. Para una mayor fluidez y rapidez Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE cubrirá los costos por trámites, que, deberán ser reembolsados en un plazo no mayor a 15 días corridos.

Como son: Consulta Médica particular, compra de medicamentos recetados por el profesional, visita a medico dental y sus tratamientos, mascota, viajes fuera de la ciudad (combustible, peaje).

Décimo tercero:

El presente contrato tiene una duración de un año contados desde esta fecha. Una vez cumplido el plazo y, en caso de ser necesario, se firmará un nuevo contrato o bien se prorrogará, por igual periodo de tiempo, pudiendo modificarse en lo que respecta al acuerdo económico que sea pactado en dicha oportunidad por medio de un anexo de contrato.

Décimo cuarto:

Las partes fijan domicilio, sometiéndose a la jurisdicción de sus Tribunales de Justicia.

Décimo quinto:

Se exige una vez al mes a terapias familiares, o bien un familiar que represente en caso de no poder asistir, se hará firmar hoja de asistencia.

Décimo sexto:

Es obligatorio dar a conocer un número de celular vigente y en caso de cambio, pérdida o robo, informar en forma oportuna el cambio de número, a su vez un correo electrónico vigente, estos serán nuestro canal de comunicación.

Décimo septimo:

El presente contrato queda sujeto a modificaciones.

Décimo octavo:

El apoderado designara a tres personas, familiares directos, los cuales podrán realizar llamadas telefónicas a los usuarios.

Decimo noveno:

Se deja constancia que, Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, NO facilitara hospedaje a los familiares de otras regiones que realicen visitas a usuarios.

Vigésimo:

Toda duda consulta que tengan el apoderado con respecto a temas terapéuticos, hacerlos llegar directamente al director del Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, en este caso, al Sr. Emerson Brito Díaz, y a su vez toda consulta de manera Administrativa, realizar al Sr. Andres Velasquez, administrador del recinto +569 27163600, ya sea en forma personal, vía telefónica o correo electrónico.

Vigésimo primero:

Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, contara con libros de Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias, ante lo cual se solicita con letra clara y legible, datos completos (nombre, RUT, correo electrónico), para así brindar respuestas a sus requerimientos.

Vigésimo segundo:

Centro Terapéutico EVOLUCION CHILE, contara con vehículo las 24 hrs. del día.

Vigésimo tercero:

Con respecto a las MASCOTAS de los usuarios, estas serán entregadas por mano a la persona a cargo, en caso de ser depositadas, será a la cuenta designada (que se menciona en la última hoja de este contrato), este debe ser informada de manera inmediata, con copia de baucher de depósito a la administración para así, traspasar en efectivo a la persona encargada de las mascotas (director), estos depósitos tendrán la impresión correspondiente y se archivaran junto con los demás documentos, cada vez que el apoderado desee ver o en caso de alguna duda deberá solicitarlos a la administración para mayor transparencia para todos.

El presente contrato se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de cada parte.

AUTORIZACION DE LLAMADAS

Celular para llamar a residente

HORARIO DE 12 A 20 HRS.

“MIERCOLES, VIERNES, SABADOS Y DOMINGO”

(Estos horarios pueden variar según necesidades de la Institución)

**OTROS CONTACTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOMBRE | PARENTEZCO | TELEFONO |
| CONTACTO 1 | **JUAN PEREZ** | **fgfdgfdg** | **+56992975014** |
| CONTACTO 2 | **GGGAGAG** | **fgsdfgsdfg** | **+56992975014** |
| CONTACTO 3 | **gfdgfsdgsfd** | **gffsdfgsdfg** | **+56992975014** |

SE HACE INCAPIÉ AL PARRAFO QUINTO DEL CONTRATO:

QUINTO:

SI EL RESIDENTE USUARIO HICIERA ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y POR LO TANTO DEL CENTRO TERAPÉUTICO EVOLUCION CHILE, ESTO NO SERÁ CAUSAL DE DEVOLUCIÓN DE LA MENSUALIDAD DEL MES EN CURSO.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apoderado | **Luzmira Fuentes** |  | Residente | **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes** |
| Rut | **454545454** |  | Rut | **9876543210** |
| Firma |  |  | Firma |  |
|  |  |  |  |  |
| Director | Emerson Sebastián Brito Díaz |  | Representante | Tomas Pablo Beas Vallejos |
| Rut | 15.537.327-k |  | Rut | 16.085.847-8 |
| Firma y timbre |  |  | Firma y timbre |  |

PARA DEPOSITO DE MENSUALIDAD

|  |
| --- |
| Nombre : Evolucion Chile ONG |
| RUT : 65.216.706-3 |
| BANCO : Estado |
| Tipo de cuenta : cuenta vista o chequera electrónica |
| Número de cuenta : 37270281754 |

**SOBRE LOS PAGOS DE ATENCIONES PSIQUIATRICAS**

Todos los pagos por atenciones psiquiátricas deben ser realizados por transferencia, y solo a las cuentas enviadas. No se aceptarán pagos a otras cuentas o pagos en efectivo, se comunicarán con usted unos días antes de la fecha de atención para informar a que cuenta deben depositar. Todos los boucher o comprobantes de pago deben ser enviados al número de WhatsApp +56992975014 indicando nombre del usuario y mes de atención, de antemano muchas gracias por su comprensión.

**Cuenta Doctor José Luis Lorca.**

60.000 pesos.

Cuenta LORCA Y BEHRENS

RUT: 77.759.888-0

Banco de Chile

Cuenta Corriente

008015587000

[catobehrens@gmail.com](mailto:catobehrens@gmail.com)

ASUNTO: COLOCAR EL NOMBRE DEL PACIENTE.

**Cuenta Doctor Mauricio Vergara**.

60.000 pesos.

Sociedad de Salud Mental Andares Ltda.

RUT: 76.033.768-4

Banco Santander

Cuenta Corriente

75813970

sociedad.andares@gmail.com

ASUNTO: COLOCAR EL NOMBRE DEL PACIENTE.

**Cuenta Doctor Rodrigo Paz** (solo atiende urgencias, queda como 3° opción, el equipo decide si es necesaria la atención con este doctor o no, no lo decide la familia ni el usuario)

50.000 pesos.

Rodrigo Paz Henríquez.

Rut 8.548.083-9

Cta. Corriente Santander.

69347770

[ropaz2006@gmail.com](mailto:ropaz2006@gmail.com)

ASUNTO: COLOCAR EL NOMBRE DEL PACIENTE.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

En mi calidad de usuario, declaro que mi ingreso al centro de rehabilitación evolución chile es de manera voluntaria y con completo entendimiento de lo que ello implica, es decir, seguir una rutina diaria, recibir asistencia psicológica, evaluación psiquiátrica, participación en terapias dentro del centro y respetar las normas establecidas.

Declaro haber sido informado de forma clara y responsable de parte del equipo clínico sobre mis derechos y deberes dentro de mi tratamiento, además, de las causantes de expulsión de este centro.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPO, **20 de octubre de 2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS DEL USUARIO**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

Mediante el presente documento declaro tener consciencia que el centro terapéutico evolución Chile Rut 77.177.699-k no puede tomar, usar ni reproducir imágenes de mi persona ya sea total o parcialmente con fines publicitarios, virtual o digitalmente sin mi previa autorización. Esto con el fin de proteger la integridad de mi imagen pública y la de mi familia

En caso de haber autorizado la difusión de mi imagen y no sentirme satisfecho tengo el derecho que se solicite eliminar cualquier contenido que haya sido difundido

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPO, **20 de octubre de 2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITAS Y CORRESPONDENCIA**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

En mi calidad de usuario, declaro que en mi ingreso al centro de rehabilitación Evolución Chile, me indicaron que tengo el derecho de recibir visitas dos veces en la semana, con horarios establecidos por esta institución, que son los días Miércoles y Domingos, desde las 12:00 hasta las 20:00 horas, en la eventualidad de una visita extra programática esta debe ser notificada con dos horas de anticipación al director de turno de esta institución, la cual deberá ser aprobada para no interrumpir las actividades programadas para el correcto curso del tratamiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPIO, **20 de octubre de 2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE MUESTRAS TOXICOLOGICAS**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

En mi calidad de usuario, Por medio del presente documento, doy mi autorización para que La ONG EVOLUCION CHILE me realice el estudio “Examen toxicológico” (Doping), cuando el equipo clínico estime conveniente, por lo que declaro que me fue explicado el procedimiento a realizar, haciéndome ver que mi salud no corre ningún riesgo y que si el resultado fuese positivo, solo se le informará al tutor a cargo.

Declaro haber sido informado de forma clara y responsable de parte del equipo clínico sobre mis derechos y deberes dentro de mi tratamiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPO, **20 de octubre de 2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PERTENCIAS DEL USUARIO**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

En mi calidad de usuario, Por medio del presente documento, doy mi autorización para que La ONG EVOLUCION CHILE no se haga responsable de las pertenencias si es que el usuario abandona el tratamiento (usuario que abandone se debe llevar sus pertenencias)

Declaro haber sido informado de forma clara y responsable de parte del equipo clínico sobre mis derechos y deberes dentro de mi tratamiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPO, **20 de octubre de 2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS 3 FIESTAS DEL AÑO**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

En mi calidad de usuario, Por medio del presente documento, acepto que en las 3 fiestas del año (fiestas patrias, fiesta de navidad, fiesta de año nuevo) la comunidad vende platos especiales donde yo como residente tengo el deber de participar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPO, **20 de octubre de 2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS EXPULCIONES**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

En mi calidad de usuario, Por medio del presente documento, acepto que en las expulsiones que sean por los siguientes motivos agresión física o agresiones verbales reiterativas no habrá devolución algunas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPO, **20 de octubre de 2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LICENCIAS MÉDICAS**

Yo **Jose Rodrigo Vásquez Fuentes**, Rut **9876543210**

En mi calidad de usuario, Por medio del presente documento, acepto que al no pago de licencias médicas a la fecha esta no será causal de atraso de pago de mensualidad del centro terapéutico.

Por lo cual solicitamos un aval

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Firma aval | Firma Usuario | Timbre centro | Firma Director Técnico |

ISLA DE MAIPO, **20 de octubre de 2025**