



## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD VISUAL ESCOLAR**

que celebran, por una parte, VISUAL REHAB CENTER, representado por la Dra. Gloria Margarita Pérez Vallejo (Céd. Prof. 13911122), en lo sucesivo, "EL PRESTADOR"; y por la otra, [NOMBRE DE LA ESCUELA], RFC: [RFC ESCUELA], representada por [NOMBRE REPRESENTANTE], en su carácter de [CARGO], en lo sucesivo, "LA ESCUELA"; al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas:

### **DECLARACIONES**

#### **I. Declara EL PRESTADOR:**

- Ser una entidad dedicada a la evaluación, rehabilitación y promoción de la salud visual con enfoque escolar.
- Contar con personal capacitado, protocolos clínicos y herramientas tecnológicas (incluyendo Aula Virtual y Ambliópico Game), así como equipo y material necesario para la correcta prestación de los servicios.
- Que señala como domicilio para oír y recibir notificaciones: [DOMICILIO PRESTADOR].

#### **II. Declara LA ESCUELA:**

- Ser una institución educativa legalmente constituida y facultada para celebrar el presente contrato.
- Contar con las instalaciones y medios necesarios para permitir el acceso y operación de las jornadas en el plantel.
- Que señala como domicilio para oír y recibir notificaciones: [DOMICILIO ESCUELA].

III. Declaran las partes: Que tienen capacidad legal para obligarse y se reconocen mutuamente personalidad, por lo que otorgan lo siguiente:

### **CLÁUSULAS**

#### **1. OBJETO**

1.1. EL PRESTADOR realizará en las instalaciones de LA ESCUELA campañas de salud visual escolar, que podrán incluir:

- Tamiz visual y pruebas funcionales básicas por alumno.
- Examen visual completo (en sitio o en clínica, según el plan elegido).
- Detección de factores visuales vinculados al aprendizaje (visuopercepción, binocularidad, acomodación, etc.).
- Tratamientos/terapia de rehabilitación visual personalizados.
- Acceso a Aula Virtual y Ambliópico Game (según plan).
- Informe individual por alumno y reporte consolidado para LA ESCUELA.
- Sesiones de orientación a familias y charla a docentes (según plan).
- Servicio a domicilio para surtir anteojos (desde una sola pieza), cuando aplique.

1.2. Los alcances específicos se detallan en el ANEXO A (Paquetes y Alcances), que forma parte integral de este contrato.

#### **2. VIGENCIA Y CALENDARIO**

2.1. La vigencia del contrato será del [FECHA INICIO] al [FECHA FIN].

2.2. El cronograma de jornadas, horarios y espacios se establece en el ANEXO B (Cronograma y Logística).

#### **3. OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR**

- Proveer personal capacitado, equipo y materiales para realizar el tamiz/examen/terapia conforme a buenas prácticas.
- Entregar consentimiento informado para firma de padres/tutores y recabarlo antes de intervenir a cada alumno (formato en ANEXO D; resguardo y control por EL PRESTADOR).
- Entregar a LA ESCUELA: reporte individual por alumno, resumen consolidado del plantel y recomendaciones generales.
- Implementar medidas de seguridad, higiene y protección de datos personales conforme al ANEXO C.
- Mantener la confidencialidad de toda la información clínica y escolar.

#### **4. OBLIGACIONES DE LA ESCUELA**

- Designar a un enlace para coordinación (nombre, cargo, contacto).
- Proporcionar espacios adecuados, mesas y sillas, control de acceso y apoyo de personal para logística (ingreso/egreso de grupos).
- Difundir con antelación la jornada y recabar consentimientos informados de padres/tutores; solo se evaluará a alumnos con consentimiento.
- Garantizar el orden durante las jornadas y el cuidado de instalaciones y equipo.
- Permitir la charla docente y/o orientación a familias, cuando aplique.
- Gestionar autorizaciones internas y evitar interferencias con evaluaciones oficiales, exámenes o eventos escolares.

#### **5. ALCANCES, LIMITACIONES Y LINEAMIENTOS CLÍNICOS**



- Las campañas escolares son tamiz y/o evaluación clínica no invasiva; no sustituyen consulta médica oftalmológica cuando se detecten hallazgos que requieran derivación.
- Cualquier situación de urgencia será comunicada de inmediato a los responsables del alumno y, en su caso, se recomendará acudir a servicios médicos especializados.
- Los tiempos de atención estimados son: 5-7 min por alumno (tamiz) y 20-30 min (examen completo); podrán variar según complejidad.
- Las terapias se pautan caso por caso y requieren adherencia familiar y escolar; el resultado depende del cumplimiento del plan y la condición clínica inicial.
- El uso de imágenes con fines de difusión solo será posible con autorización explícita (sección correspondiente del consentimiento informado).
- La venta o surtido de anteojos es opcional y no condiciona la prestación de servicios clínicos.

## **6. CONTRAPRESTACIÓN Y FORMA DE PAGO**

- LA ESCUELA contrata el Plan [Básico/Plus/Integral/Premium] según ANEXO A, con modalidad de cobro [por alumno / por jornada / por licencia mensual].
- Importe: \$ [IMPORTE] + impuestos aplicables.
- Forma y plazos de pago: [transferencia/depósito/...], a más tardar [X] días naturales posteriores a la emisión de factura.
- En caso de pagos por alumno, LA ESCUELA enviará la relación final de atendidos en un plazo no mayor a [X] días tras la jornada.
- Moras: en caso de retraso se causarán intereses de [X]% mensual.

## **7. CANCELACIONES Y REPROGRAMACIONES**

- Cancelación por LA ESCUELA con [X] días naturales de anticipación: sin penalidad; con menos tiempo: [X%] del valor de la jornada.
- Reprogramación por causas de fuerza mayor (clima, seguridad, disposiciones sanitarias) se hará sin penalidad, fijando nueva fecha dentro de los [X] días siguientes.
- Si el acceso o condiciones del espacio no permiten trabajar con seguridad, EL PRESTADOR podrá suspender y reprogramar la jornada.

## **8. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

- Las partes se obligan a cumplir la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y normativa aplicable.
- EL PRESTADOR será Responsable de los datos recabados con motivo de la atención; su Aviso de Privacidad se integra al ANEXO C.
- LA ESCUELA, como Co-responsable/Encargado en lo que corresponda, custodiará listas, consentimientos y cualquier dato que recabe, usándolos solo para estos fines.
- Se prohíbe transferir datos a terceros sin base legal o consentimiento.

## **9. PROPIEDAD INTELECTUAL Y LICENCIAS**

- Aula Virtual, Ambliópico Game, materiales y protocolos son propiedad de EL PRESTADOR o de sus titulares y se otorgan bajo licencia no exclusiva, no transferible; queda prohibida su copia, redistribución o ingeniería inversa.
- LA ESCUELA podrá utilizar logos y marca del PRESTADOR únicamente para difundir la campaña dentro del plantel, previa autorización escrita.

## **10. RESPONSABILIDAD Y SEGUROS**

- EL PRESTADOR realizará los servicios con debida diligencia y conforme a protocolos de seguridad e higiene.
- EL PRESTADOR mantendrá, durante la vigencia, póliza de responsabilidad civil profesional ([No. de póliza si aplica]).
- Ninguna de las partes será responsable por daños indirectos o lucro cesante.

## **11. CONFIDENCIALIDAD**

- Toda información clínica, escolar, administrativa o tecnológica se considera Confidencial.
- La obligación subsistirá por [3/5] años posteriores a la terminación del contrato.

## **12. TERMINACIÓN ANTICIPADA**

- Por incumplimiento grave no subsanado dentro de [10] días hábiles de la notificación escrita.
- Por mutuo acuerdo.
- Por imposibilidad sobrevenida de prestación (fuerza mayor).

## **13. NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación se hará por escrito al domicilio señalado o por medios electrónicos registrados con acuse de recibido.

## **14. JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE**



## Visual Rehab Center

Dra. Gloria Margarita Pérez Vallejo • Céd. Prof. 13911122  
Calzada Colón, Luis G. Balvanera 8, Centro Histórico, 76000 Santiago de Querétaro, Qro.  
Tel: 442 661 31 04 • contacto@visualrehabcenter.com • visualrehabcenter.com

Para la interpretación y cumplimiento del presente, las partes se someten a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos y a los tribunales competentes de [Santiago de Querétaro, Qro.], renunciando a cualquier otro fuero por razón de domicilio.

### FIRMAS

Leído que fue, las partes firman por duplicado en [Ciudad], a [día] de [mes] de [año].

EL PRESTADOR

Visual Rehab Center

Dra. Gloria Margarita Pérez Vallejo

Céd. Prof. 13911122

Firma: \_\_\_\_\_

LA ESCUELA

[NOMBRE DE LA ESCUELA]

Representante: [NOMBRE Y CARGO]

Firma: \_\_\_\_\_

### ANEXO A. PAQUETES Y ALCANCES

Plan Básico - Tamiz & Reporte: Coordinación con dirección; Tamiz visual y funcional por alumno; Reporte individual + resumen del plantel; Recomendaciones iniciales. Modalidad: [por alumno/por jornada]. Precio: \$[\_\_\_] + IVA.

Plan Plus - Examen & Docentes: Incluye Básico + Examen visual completo (en sitio o clínica); Informe clínico; Charla para docentes. Precio: \$[\_\_\_] + IVA.

Plan Integral - Terapia & Aula: Incluye Plus + Plan de terapia personalizado; Acceso a Aula Virtual; Monitoreo y reporte de progreso. Precio: \$[\_\_\_]/alumno/mes + IVA. Licencias: [#].

Plan Premium - Ambliópico Game & Seguimiento: Incluye Integral + licencias de Ambliópico Game; Sesiones de ajuste; Métricas de adherencia y resultados trimestrales. Precio: Cotización. Licencias: [#].

Notas: tiempos por alumno estimados; mínimos garantizados de atención por jornada: [N] alumnos; requerimientos de espacio: [describir].

### ANEXO B. CRONOGRAMA Y LOGÍSTICA

- Fechas de jornada(s): [\_\_\_]
- Horarios: [\_\_\_] (bloques por grupo: [\_\_\_] min)
- Espacios: [aula múltiple / sala de usos múltiples / enfermería / etc.]
- Infraestructura: mesas [#], sillas [#], tomas eléctricas, iluminación adecuada.
- Flujo: grupos de [\_\_\_] alumnos; orden por listas; docente o prefecto acompaña.
- Puntos de contacto: Enlace de LA ESCUELA [Nombre, cargo, tel, email]; Coordinación EL PRESTADOR [Nombre, tel, email].
- Materiales que aporta LA ESCUELA: [\_\_\_].
- Materiales que aporta EL PRESTADOR: equipo clínico, formatos, señalética.
- Políticas de acceso y seguridad: [\_\_\_].
- Entrega de reportes: dentro de [X] días hábiles posteriores a la jornada.

### ANEXO C. AVISO DE PRIVACIDAD RESUMIDO

Responsable: Visual Rehab Center (Dra. Gloria Margarita Pérez Vallejo). Finalidades: evaluar salud visual de alumnos; emitir reportes; diseñar terapias; otorgar acceso a Aula Virtual/Ambliópico Game; gestión administrativa y de seguimiento. Datos personales y sensibles: identificación, contacto, datos clínicos y escolares necesarios. Transferencias: solo con base legal y/o consentimiento. Medidas de seguridad: administrativas, técnicas y físicas razonables. Derechos ARCO y revocación: a través de [correo]/[domicilio]; procedimiento descrito en el aviso integral disponible en [URL o documento]. Consentimiento: recabado mediante el ANEXO D, previo a la atención.



## Visual Rehab Center

Dra. Gloria Margarita Pérez Vallejo • Céd. Prof. 13911122  
Calzada Colón, Luis G. Balvanera 8, Centro Histórico, 76000 Santiago de Querétaro, Qro.  
Tel: 442 661 31 04 • contacto@visualrehabcenter.com • visualrehabcenter.com

### ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES/TUTORES)

Yo, \_\_\_\_\_ (padre/madre/tutor), identificado con \_\_\_\_\_ (INE/Pasaporte), autorizo que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, del grado/grupo \_\_\_\_\_, sea atendido por Visual Rehab Center durante la campaña escolar de salud visual en \_\_\_\_\_ (nombre de la escuela).

#### Declaro que:

- He leído y comprendo las finalidades y el alcance de la evaluación/terapia (no invasiva).
- Autorizo el tratamiento de datos personales y sensibles conforme al Aviso de Privacidad (Anexo C).
- En caso de detectarse hallazgos que ameriten derivación, me comprometo a acudir con el especialista recomendado.

Autorizo  No autorizo

el uso de la imagen de mi hijo(a) con fines informativos y/o de promoción institucional, sin divulgar datos personales.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

#### Datos del alumno(a):

Nombre: \_\_\_\_\_

Grado/Grupo: \_\_\_\_\_

CURP (opcional): \_\_\_\_\_

Aviso de privacidad resumido en Anexo C. Los datos personales serán tratados conforme a la legislación aplicable. Este consentimiento es requisito para participar en la jornada escolar de salud visual.