



MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA-LOS VALLES

CVE-2026-6357 *Aprobación definitiva de la modificación de la Ordenanza reguladora del Servicio de Telesistencia. Expediente 129/2026.*

La Junta de la Mancomunidad, en sesión celebrada el día 11 de junio de 2026, adoptó, entre otros, el acuerdo de aprobación inicial de modificación de la Ordenanza reguladora del Servicio de Telesistencia.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, el citado acuerdo fue sometido a información pública por plazo de treinta días hábiles, mediante anuncio publicado en el Boletín Oficial de Cantabria n.º 117, de 19 de junio de 2026, así como en la sede electrónica de la Mancomunidad, sin que durante dicho plazo se hayan presentado reclamaciones ni sugerencias.

En consecuencia, el acuerdo de aprobación inicial ha quedado elevado automáticamente a definitivo, procediéndose a la publicación de los Anexos de la Ordenanza que han sido objeto de modificación.

Contra el presente Acuerdo, que pone fin a la vía administrativa, podrá interponerse recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, en el plazo de dos meses, contados desde el día siguiente al de la publicación del presente anuncio en el Boletín Oficial de Cantabria, sin perjuicio de que los interesados puedan ejercitar cualquier otro recurso que estimen procedente.

Puente San Miguel, 4 de agosto de 2026.

La presidenta,

Covadonga Fernández Llera.



LUNES, 10 DE AGOSTO DE 2026 - BOC NÚM. 152

“ORDENANZA REGULADORA DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA-LOS VALLES

(...)

ANEXO II

SOLICITUD DE AYUDA A DOMICILIO Y/O TELEASISTENCIA Y/O CATERING SOCIAL

1.- DATOS DEL TITULAR

APELLIDOS:		NOMBRE:	
N.I.F./N.I.E.:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	ESTADO CIVIL:	SEXO:
TFNO.:		CORREO ELECTRONICO (opcional):	
DOMICILIO:	C.P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:

2.- DATOS DEL REPRESENTANTE (A cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado).

APELLIDOS:		NOMBRE:	
N.I.F./N.I.E./PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO: / /	REPRESENTACIÓN QUE OSTENTA: Legal ☐ Voluntaria ☐	
NACIONALIDAD:	SEXO:	CORREO ELECTRONICO (opcional):	
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	
C.P.:	PROVINCIA:	TFNO/S: /	

3.- DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

☐ Coincide con el domicilio indicado por el titular

DOMICILIO:	LOCALIDAD:	C.P.:	PROVINCIA:
------------	------------	-------	------------

4.- TIPO DE SERVICIO O MODIFICACIÓN SOLICITADA

☐ ALTA SERVICIO DE TELEASISTENCIA (Completar Anexo I y II)	
☐ ALTA SERVICIO DE CATERING SOCIAL (Completar Anexo I y II)	
☐ ALTA O MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (Completar Anexo I y II)	
Marcar con una x la casilla correspondiente	
☐ Recibir el servicio: ☐ Servicio Personal ☐ Servicio Doméstico	Nº de horas mensuales que desea recibir
☐ Aumento de horas ☐ Reducción nº de horas	(1)

(1) Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe.

5.- REVISIÓN DE SITUACIÓN:

☐ Cambio grado dependencia
☐ Cambio capacidad económica
☐ Cambio situación sociofamiliar (cambio domicilio, unidad familiar, etc.)

CVE-2026-6357



LUNES, 10 DE AGOSTO DE 2026 - BOC NÚM. 152

6.-SERVICIO EN EL QUE SOLICITA BAJA

- ☐ Ayuda a domicilio
- ☐ Teleasistencia
- ☐ Catering Social

Señale el motivo de la baja:

- ☐ Por propia voluntad del interesado o de su representante legal.
- ☐ Traslado definitivo del usuario a una localidad no integrada en la Mancomunidad.
- ☐ Fallecimiento del usuario.
- ☐ Acceso del usuario a otro servicio incompatible con la prestación

DECLARO

- a) Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produzca en las circunstancias indicadas en la presente solicitud y anexos.
- b) Declaro que todos los datos facilitados son ciertos, que he leído las advertencias legales y que acepto las condiciones particulares expresadas, por lo que solicito se admita a trámite esta instancia.

En....., a.....de.....de....

Firma,

A LA PRESIDENCIA DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA - LOS VALLES

Sus datos personales serán usados para registrar y atender su solicitud, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Comunicaremos sus datos a terceras entidades cuando ello sea necesario para tramitar su solicitud o cuando una norma con rango de ley así lo exija. Conservaremos sus datos mientras nos obliguen las leyes aplicables. Puede ejercitar sus derechos de protección de datos realizando una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA - LOS VALLES, Bº La Teja 193 A Bajo, CP 39530, Puente San Miguel (Cantabria). También puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: dpd@andidat.com. En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos www.aepd.es.

ANEXO III.

RELACIÓN DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (Si procede en caso de alta o modificación)

DATOS PERSONALES	1	2	3	4
NOMBRE				
1º APELLIDO				
2º APELLIDO				
PARENTESCO				
FECHA NACIMIENTO	/ /	/ /	/ /	/ /
NIF/NIE				
ESTADO CIVIL	--	--	--	--
SEXO				
SERVICIOS PRESTADOS POR LA MANCOMUNIDAD	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐
TELÉFONO				

CVE-2026-6357



ANEXO IV. DOCUMENTACIÓN APORTADA.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

- ☐ Documento Nacional de Identidad del solicitante y de todos los miembros de la unidad de convivencia.
- ☐ Tarjeta Sanitaria.
- ☐ Certificado de empadronamiento y convivencia.
- ☐ Declaración de IRPF del último año, en su defecto, certificación negativa expedida por la Delegación de Hacienda, del solicitante y su cónyuge u otra forma de relación análoga a la conyugal.
- ☐ Certificaciones emitidas por entidades y organismos competentes de los ingresos que por cualquier concepto perciban el solicitante y su cónyuge u otra forma de relación análoga a la conyugal (pensiones, nóminas, desempleo, rentas de capital, etc)
- ☐ Certificado catastral de bienes rústicos y urbanos, del Ayuntamiento donde figure empadronado el solicitante.
- ☐ Certificado de intereses de cuentas bancarias y otras modalidades de ahorro
- ☐ Informe médico del interesado y de cualquier otro miembro de la familia que se considere oportuno según Anexo V. Las personas que aleguen discapacidad presentarán el certificado del órgano competente donde se reconozca la citada discapacidad.
- ☐ Justificante de gastos de vivienda (alquiler o hipoteca)
- ☐ Documento para domiciliación bancaria de la cuota de SAD (anexo VII).

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE TELEASISTENCIA:

- ☐ Documento Nacional de Identidad del solicitante.
- ☐ Informe Médico según Anexo V.
- ☐ Certificado de empadronamiento.
- ☐ Tarjeta sanitaria.
- ☐ Documento de domiciliación bancaria de la cuota de TAD (anexo VI).

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE CATERING SOCIAL:

- ☐ Documento Nacional de Identidad del solicitante.
- ☐ Informe médico según Anexo VI. Las personas que aleguen discapacidad presentarán el certificado del órgano competente donde se reconozca la citada discapacidad.
- ☐ Documento para domiciliación bancaria de la cuota de CAT (anexo VII).



LUNES, 10 DE AGOSTO DE 2026 - BOC NÚM. 152

ANEXO V. INFORME DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. SAD-TAD

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO
			/ /
ZONA BÁSICA DE SALUD		UNIDAD BÁSICA DE ACCIÓN SOCIAL	

VALORACIÓN

MÉDICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (proceso que desencadena la incapacidad motivo de la petición):

ENFERMEDAD PRINCIPAL	ESTADO FUNCIONAL
Aguda sin secuelas. ☐ Aguda con secuelas poco invalidantes. Crónica evolutiva lenta. ☐ Aguda con secuelas invalidantes. Crónica con evolución rápida. ☐	Asintomático. ☐ Clínica mínima (no afectación AVD). Clínica severa (afectación AVD >50%). Encamado >50%. Encamado el 100% del tiempo. ☐
MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO	PATOLOGÍA ASOCIADA (actual)
35-30 sin afectación cognitiva. ☐ 30-20 discreta afectación cognitiva. ☐ 20-10 moderada afectación cognitiva. ☐ «10 grave afectación cognitiva. ☐	Obesidad » 35% del índice de masa corporal. ☐ Poliartrosis invalidante. ☐ Déficit sensorial (auditivo, visual). Accidente vascular cerebral. ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ☐ Diabetes mellitus. ☐ Insuficiencia cardíaca. ☐ Enfermedad vascular periférica-Úlceras presión. ☐ Insuficiencia renal. ☐ Neoplasias. ☐

SECUELAS:

ALERGIAS:

TRATAMIENTOS ACTUALES:

OBJETIVOS DE LA SOLICITUD:

OBSERVACIONES:

En _____ a _____ de _____ de 20

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (Nombre y dos apellidos)

Centro de trabajo:

Número de Colegiado: _____

CVE-2026-6357



ENFERMERÍA

COMER		VESTIRSE Y DESVESTIRSE		BAÑO		HIGIENE PERSONAL	
Autónomo.	☐	Autónomo.	☐	Autónomo.	☐	Autónomo.	☐
Con ayuda.	☐	Con ayuda.	☐	Con ayuda.	☐	Con ayuda.	☐
Dependiente.	☐	Dependiente.	☐				
CONTROL ANAL			CONTROL VESICAL			TRANSFERENCIA SILLA-CAMA	
Ningún problema.	☐	Ningún problema.	☐	Autónomo.	☐		
Algún accidente.	☐	Algún accidente.	☐	Ayuda mínima.	☐		
Incontinente.	☐	Incontinente.	☐	Puede sentarse pero no trasladarse.	☐		
				Dependiente.	☐		
CAMINAR			SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			USO DEL WC	
Autónomo.	☐	Autónomo.	☐	Autónomo.	☐		
Con ayuda.	☐	Con ayuda.	☐	Con ayuda.	☐		
AutoÓnomo con silla de ruedas.	☐	No puede.	☐	Dependiente.	☐		
Dependiente.	☐						

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN			
SONDA NASOGÁSTRICA/PEG		No Sí	☐ ☐
OSTOMÍAS (Traqueo-Gastro-Colo-Nefro-Uro)		No Sí	☐ ☐
SONDA VESICAL		No Sí	☐ ☐
COLECTOR URINARIO-PAÑALES		No Sí	☐ ☐
SUERO	No Sí	☐ ☐	ÚLCERAS POR PRESIÓN Y/O VASCULARES No hay úlceras. Número
OXÍGENO	No Sí	☐ ☐ ☐	Zona de enrojecimiento permanente de la piel (sin ruptura). No desaparece al retirar la presión.
			Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, aparece un cráter poco profundo.
			Pérdida total de la piel quedando expuestos los tejidos subcutáneos, presentándose como un cráter profundo con o sin tejido cicatricial adyacente. Pérdida total de piel y tejido subcutáneo exponiéndose músculo y/o hueso.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA		
PUEDE UTILIZAR EL TELÉFONO No lo utiliza. ☐ Autónomo. ☐ Con ayuda o supervisión. ☐ Dependiente. ☐	CAPACIDAD PARA VIAJAR No viaja. ☐ Autónomo. ☐ Con ayuda o supervisión. ☐ Dependiente. ☐	PUEDE IR DE COMPRAS No las realiza. ☐ Autónomo. ☐ Con ayuda o supervisión. ☐ Dependiente. ☐
PUEDE UTILIZAR DINERO No lo utiliza. ☐ Autónomo. ☐ Con ayuda o supervisión. ☐ Dependiente. ☐	PUEDE PREPARARSE LA COMIDA No se la prepara. ☐ Autónomo. ☐ Con ayuda o supervisión. ☐ Dependiente. ☐	PUEDE HACER ACTIVIDADES DOMÉSTICAS Notas hace. ☐ Autónomo. ☐ Con ayuda o supervisión. ☐ Dependiente. ☐
PUEDE TOMAR LA MEDICACIÓN		
No la toma. ☐ Autónomo. ☐	Con ayuda o supervisión. Dependiente. ☐	

ORIENTACIÓN Orientado. ☐ Ocasionalmente desorientado. Totalmente desorientado. ☐		COMUNICACIÓN Y LENGUAJE Comunicación espontánea. ☐ Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje. ☐ Afasia total. ☐	
COMPORTAMIENTO PSÍQUICO			
No presenta problemas de comportamiento. ☐			
Trastornos del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento). ☐			
Trastornos del comportamiento con riesgo (existen trastornos del comportamiento que pueden representar un riesgo, tanto para ellos mismos como para los demás por agresividad, agitación, peligro de huidas, intentos de autolisis, etc.). ☐			

En _____ a _____ de _____ de 2000

Fdo: (Nombre y dos apellidos) _____
 Centro de trabajo: _____
 Número de Colegiado: _____

Pág. 36253



LUNES, 10 DE AGOSTO DE 2026 - BOC NÚM. 152

ANEXO VI. INFORME MÉDICO CATERING SOCIAL

INFORME MÉDICO

MOTIVO: VALORACIÓN DEL CATERING SOCIAL PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE COMIDA A DOMICILIO DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA-LOS VALLES.

SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA NACIMIENTO:

Nº SEGURIDAD SOCIAL:

PRESCRIPCIÓN ALIMENTICIA:

Tipo de menú

- ☐ Normal
- ☐ Sin sal
- ☐ Ácido úrico
- ☐ Colesterol/bajo en grasas
- ☐ Fácil Masticación
- ☐ Turnmix
- ☐ Diabético
- ☐ Otros:

INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO:.....

.....

OBSERVACIONES:

.....

En, ade.....de 20.....

Informe emitido por el Dr.....

Centro de Trabajo.....

Nº Colegiado.....

Sello, firma y fecha

CVE-2026-6357



ANEXO VII. DOMICILIACIÓN DE PAGO DEL SERVICIO

DOMICILIACIÓN DE PAGO DEL SERVICIO

Autorizo a la Mancomunidad de Municipios Altamira-Los Valles, con NIF P3900560H a que gire en el número de cuenta bancaria indicada en el presente documento los recibos correspondientes al servicio de:

- ☐ Teleasistencia domiciliaria
☐ Ayuda a Domicilio
☐ Catering Social

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO DEL SERVICIO:

NIF:	NOMBRE:		
DOMICILIO:		MUNICIPIO:	
PROVINCIA:	CODIGO POSTAL:	TELÉFONO:	

2.- DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA:

NIF:	NOMBRE:
------	---------

3.- ALTA DE DATOS BANCARIOS:

IBAN				ENTIDAD				SUCURSAL				D.C.		NÚMERO											
E	S																								

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante:

Firma del titular de la cuenta:"

2026/6357

CVE-2026-6357