Por medio de la presente comunicación se adjunta la lista de chequeo correspondiente a la PRIMERA revisión documental de acuerdo con los requisitos establecidos en la Ley 1315 de 2009 y su solicitud para renovación de la autorización de funcionamiento No.

Se concluye que revisada la documentación la entidad NO CUMPLE con lo estipulado en el artículo 4 de la ley 1315 de 2009. Se procederá a programar visita de verificación de estándares del anexo técnico, cualquier requerimiento o aclaración, podrá comunicarse con la coordinadora de la Dimensión de Enfermedades Crónicas no Transmisibles DANIELA RESTREPO QUICENO, Teléfono celular 3116163216 correo electrónico coordcronicasntsalud@pereira.gov.co

**VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE ACUERDO CON LA LEY 1315 DEL 13 DE JULIO DE 2009 PARA CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA GESTIONAR O RENOVACIÓN DE CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO.**

**ENTIDAD: FUNDACION MIS AÑOS SOÑADOS**

**NIT. 901304540-1**

**DIECCION: KM 5 VIA ARMENIA, VEREDA HUERTAS FRENTE AL RESTAURANTE EL PESCADOR.**

**TELEFONO: 3130639**

**CELULAR: 3107795850**

**EMAIL: fundad1@hotmail.com**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIOS DE VERIFICACIÓN** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **OBSERVACIONES** |
| Nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico del establecimiento. | **X** |  | Presenta oficio con la informaciónRepresentante legal SERGIO ANDRES PARRA OSUNA |
| Individualización, (certificado de cámara de comercio del establecimiento, registro único tributario de la institución, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso, fotocopia de la cedula del representante legal. |  | **X** | Presenta cámara y comercio del 01 de diciembre de 2021, código de verificación nwxp86key5, RUT con código 8730 con fecha de generación del 02 de noviembre de 2021**No presenta RUT del representante legal ni domicilio del titular**, presenta fotocopia de la cedula del representante legal |
| Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal (contrato de arrendamiento, contrato de comodato, certificación de tradición si es dueño del inmueble) | **X** |  | Presenta contrato de arrendamiento con ANDRES AUGUSTO PARRA RODRIGUEZ.y cesion de la posición contractual del arrendatario para SERGIO ANDRES PRRA OSUNA |
| Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios. | **X** |  | Presentan croquis con dependencias y camas |
| Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la Ley 9ª de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia. | **X** |  | Presenta certificado de seguridad de bomberos No X1-716 del 11 de noviembre del 2021, certificado de no encontrarse en zona de riesgo del 25 de junio de 2021 de la oficina de gestión del riesgo de Pereira visita de inspección sanitaria del 6 de septiembre de 2021 con concepto favorable |
| Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado (certificado firmado por un técnico con el número de la tarjeta profesional y teléfono para confirmar datos del documento). | **X** |  | Presenta constancia de reglamento técnico de instalaciones eléctricas del 12 de noviembre de 2021 del ingeniero JUAN MANUEL RIOS GOMEZ matricula profesional QN206-122139, informe de inspección de instalaciones de gas de E&C INGENIERIA SAS del 02 JUNIO de 2021  |
| Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título (diploma o acta de grado), carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento. |  | **X** | Presenta hoja de vida de la directora técnica con aceptación del cargo, de LAURA YICETH ALARCON HERNANDEZ, con título del área de la salud como profesional en fisioterapia, **Deberá acreditar formación en adulto mayor**. |
| Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su respetivo sistema de turnos (listado del personal con sus respectivas funciones), información que deberá actualizarse al momento en que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría de Salud competente, la nómina del personal que labora ahí. |  | **X** | **No se presenta el respectivo sistema de turnos con funciones de los que laboran a la institución firmado por el Director Técnico**  |
| Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formato de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente | **X** |  |  Presenta Reglamento interno deberes y derechos que tiene la institución , con el respectivo contrato con los adultos mayores |
| Plan de evacuación ante emergencias. |  | **x** | presenta plan de emergencias con rutas de evacuación y equipamientos. Firmado por MANUEL JOSE OCAMPO GIRALDO profesional en salud ocupacional licencia 2106/2000/ISSQ, **no hay plano con las rutas de evacuación yel equipamiento de emergencias** |
| Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria | **X** |  | Presenta libro de 300 folios de los cuales 3 folios se encentran diligenciados del 1 septiembre de 2021 al 2 de diciembre del 2021 en la apertura del buzón de sugerencias. |

Nota: los textos subrayados y en negrilla deberán subsanarse.