Por medio de la presente comunicación se adjunta la lista de chequeo correspondiente a la SEGUNDA Y ULTIMA 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 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: ASOCIACION CIUDAD FUTURO.CENTRO DE PROTECCION “LA BANANERA”**

**NIT. 900415283-4**

**DIECCION: CORREGIMINTO LA FLORIDA, VEREDA LA BANANERA, FINCA LO ALPES.**

**TELEFONO: 3104620349**

**CELULAR: 3113442838**

**EMAIL: asociacionciudadfuturo@gmail.com**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIOS DE VERIFICACIÓN** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **OBSERVACIONES** |
| Nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico del establecimiento. | **X** |  |  |
| 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 02 de diciembre de 2021, código de verificación Rb4a91sr6P |
| 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** |  |  |
| Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios. | **X** |  |  |
| 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** |  |  |
| 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** |  | Presento actas de entrega de instalaciones de gas domiciliario de e EFIGAS de 4 de noviembre de 2020, este tiene vigencia 5 ños según normatividad |
| 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** |  |  |
| 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** |  | Presenta cuadro 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  |
| Plan de evacuación ante emergencias. | **X** |  | presenta plan de emergencias con rutas de evacuación y equipamientos. |
| Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria | **X** |  |  |

Nota: los textos subrayados y en negrilla deberán subsanarse.