|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CIUDAD |  | FECHA |  | ACTA N° |  |
|  |  |  |  |  |  |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | CENTRO DE PROTECCIÓN |  | CENTRO DÍA |  |
|  | INSTITUCIONES DE ATENCIÓN |  | CENTRO VIDA |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO** |
| **\* CAMPO OBLIGATORIO**RAZÓN SOCIAL |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*CÉDULA / NIT | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*NOMBRE COMERCIAL | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*DIRECCIÓN | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | \*MUNICIPIO: FUSAGASUGÁ |
| Barrio \_\_\_ Vereda \_\_\_ Comuna \_\_\_ | Localidad \_\_\_ Sector \_\_\_ Corregimiento \_\_\_ Caserío \_\_\_ UPZ \_\_\_ |
| Otro \_\_\_  | Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| TELÉFONO:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CORREO ELECTRÓNICO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO |  |
|  | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |  |  | C.C \_\_\_ C.E. \_\_\_ NIT \_\_\_ Número de documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL |  |
|  | \*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |  |  | C.C \_\_\_ C.E. \_\_\_ NIT \_\_\_ Número de documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | \*MUNICIPIO: FUSAGASUGÁ |
| \*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*NÚMERO DE TRABAJADORES \_\_\_\_\_\_ |
| **MOTIVO DE LA VISITA** |
| PROGRAMACIÓN  |  | SOLICITUD DE AUTORIZACION  |  | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS |  |
| SOLICITUD OFICIAL |  | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA |  | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN. |  |
| OTRO |  | Especifique:  |

**Tabla 0. DOCUMENTOS *(Art. 4 ley 1315 de 2009)***

Instrucciones: Marque si: C = CUMPLE; NC = NO CUMPLE; NA = NO APLICA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** |  **ESTANDAR** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| 1 | Nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico del establecimiento, centro, institución o entidad que opere los servicios.  | **1** | **0** |  |  |
| 2 | Nombre, Identificación y domicilio del representante legal, aportando copia de la cédula de ciudadanía, RUT, NIT.  | **1** | **0** |  |  |
| 3 | Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal.  | **1** | **0** |  |  |
| 4 | Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios.  | **1** | **0** |  |  |
| 5 | 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.  | **1.5** | **0** |  |  |
| 6 | Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado.  | **1.5** | **0** |  |  |
| 7 | Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encuentra o se encontrará en el establecimiento. | **1.5** | **0** |  |  |
| 8 | Planta del personal con que funciona o funcionará el establecimiento, con su sistema de turnos, información que deberá actualizarse al momento en que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funcionamiento, se deberá enviar a la Secretaría de Salud Municipal, las hojas de vida y la relación de nómina del personal que labora.  | **1.5** | **0** |  |  |
| 9 | Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario 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.  | **1.5** | **0** |  |  |
| 10 | Plan de evacuación ante emergencias.  | **1** | **0** |  |  |
| 11 | Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria. Art. 4 ley 1315 de 2009 | **1** | **0** |  |  |
| 12 | Plan operativo de intervención en Bioseguridad  | **1.5** | **0** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL PUNTAJE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Calificación máxima: 15 puntos)** |

**Tabla 1. REQUISITOS GENERALES (Anexo Técnico Ley 1315 de 2009)**
Instrucciones: Marque si: C = CUMPLE ; NC = NO CUMPLE; NA = NO APLICA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **ESTANDAR** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| 1 | La institución cuenta con el registro de los usuarios incluyendo los datos mínimos de identificación de la persona mayor y la familia, teléfonos de contacto para casos de urgencia y seguridad social en salud. | **0.85** | **0** |  |   |
| 2 | Cumple con los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica | **0.85** | **0** |  |  |
| 3 | Cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes. | **0.83** | **0** |  |  |
| 4 | La institución verifica y tiene claramente identificadas las condiciones de seguridad social en salud de cada uno de los usuarios con el fin de coordinar los servicios de salud que deban ser prestados fuera de ella. | **0.83** | **0** |  |  |
| 5 | Aplica encuestas de satisfacción tanto a los residentes como a los familiares, las c de cuales incluyen aspectos como infraestructura, trato, calidad de la comida, higiene, privacidad, actividades de recreación, cuidados, oportunidad y participación de la familia. | **0.83** | **0** |  |  |
| 6 | Tiene un sistema para escuchar y tramitar las quejas y sugerencias de los residentes o sus familiares.  | **0.83** | **0** |  |  |
| 7 | La institución evalúa la situación del residente y su familia con el fin de evitar la institucionalización innecesaria o prematura. Aplica para los centros residenciales para persona mayor. | **0.83** | **0** |  |  |
| 8 | La institución cumple con los siguientes criterios de institucionalización para aceptar a un usuario (Aplica para centros residenciales para persona mayor):* Persona mayor dependiente sin familia ni responsable conocido
* Persona mayor dependiente con familia. Deberá adjuntar un documento expreso de autorización y un documento de obligación de visita
* Persona mayor independiente sin familia. Deberá adjuntar un documento expreso de voluntad (consentimiento informado)
* Persona mayor independiente con familia. Deberá adjuntar un documento expreso de voluntad y un doc. de obligación de visita.
 | **0.83** | **0** |  |  |
| 9 | La institución cuenta con criterios de selección de residentes que pueden ingresar a la institución y cuales no, de acuerdo con el tipo de usuarios que puede atender según su dependencia y la capacidad de respuesta de la institución.  | **0.83** | **0** |  |  |
| 10 | La institución incluye dentro de sus procesos de selección de personal, criterios para identificar la competencia de los trabajadores en relación con el manejo de los persona s mayores.  | **0.83** | **0** |  |  |
| 11 | Tiene procesos documentados para capacitación en deberes y derechos de la persona Mayor, al personal que labora en la institución.  | **0.83** | **0** |  |  |
| 12 | Cuenta con el procedimiento para cuando una persona mayor fallezca dentro de la institución.  | **0.83** | **0** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL PUNTAJE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Calificación máxima: 10 puntos)** |

**Tabla 2. REQUISITOS PARA SERVICIOS HABITACIONALES**

**(Anexo Técnico Ley 1315 de 2009)**

Instrucciones: Marque si: C = CUMPLE ; NC = NO CUMPLE; NA = NO APLICA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **ESTÁNDAR** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| 1 | La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.  | **1** | **0** |  |  |
| 2 | Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya un funcionamiento normal.  | **1** | **0** |  |  |
| 3 | La institución cuenta con tanques de almacenamiento de agua, que garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua. Tiene un área para el uso técnico de los elementos de aseo. Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso. Las instituciones localizadas en zonas o ciudades de clima frío deberán contar con calentadores de agua para el baño de los residentes.  | **1** | **0** |  |  |
| 4 | Si tiene escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final, y con protecciones laterales hacia espacios libres.  | **1** | **0** |  |  |
| 5 | Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de sillas de ruedas. El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento dla persona mayor, las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de residentes en sillas de ruedas y cuentan con un sistema que permite ser abiertas rápidamente y desde afuera. Los baños cuentan con los pasamanos necesarios para que los residentes puedan sujetarse al hacer uso del sanitario o el lavamanos, de acuerdo con su limitación. | **1** | **0** |  |  |
| 6 | Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda. | **1** | **0** |  |  |
|  7 | Cuenta con mecanismos de protección contra lesiones y evita condiciones del ambiente u objetos que puedan producir autolesiones en los persona s mayores. Incluye:* Los cables de instalación eléctrica no están en lugares de paso.
* Hay interruptores para encender luces en lugares de fácil acceso, conmutados, al principio y al final de las escaleras, en la cabecera de la cama y al principio y al final de los pasillos. Preferiblemente con testigo luminoso para localizarlos fácilmente en la oscuridad. La institución cuenta con buena iluminación
* Los tomacorrientes son suficientes para evitar extensiones y los que no se encuentran en uso cuentan con protectores en caso de que haya residentes con déficit cognitivo
* Los pasamanos son de material resistente a la humedad y no conductor de electricidad
* Los pisos son lisos, antideslizantes, sin elementos que sobresalgan. Si existen peldaños, éstos están señalizados
* Los muebles están dispuestos para que no dificulten el paso; en la medida de lo posible deben tener bordes redondeados, ser estables y resistentes y la sillas preferiblemente con brazos para facilitar el ponerse de pie
* Los pisos de los baños son de material antideslizante o cuentan con elementos como tapetes antideslizantes
* Los tapetes cuentan con mecanismos seguros para fijarlos al piso
* Procura que los elementos para la alimentación sean difícilmente rompibles
* Cuenta con un área para el almacenamiento de elementos potencialmente peligrosos con la protección necesaria para evitar el acceso

Cuenta con restricciones físicas para el ingreso a áreas potencialmente peligrosas para persona s mayores con discapacidad cognitiva como cocinas, áreas de gases medicinales, depósitos de medicamentos y almacenes de insumos, entre otras.* Procura una temperatura agradable dentro de la institución
 | **2** | **0** |  |  |
| 8 | Cuenta con un programa de mantenimiento para la infraestructura de las habitaciones, baños y zonas sociales. | **1** | **0** |  |  |
| 9 | Cuenta con la dotación necesaria para brindar el servicio de hospedaje en condiciones cómodas, seguras y adaptables a las necesidades de cada usuario. Como mínimo deberá contar con una cama y un mueble de fácil acceso para guardar las pertenencias del usuario de manera segura. Deberá tener algún sistema de llamado para que cada uno de los residentes puedasolicitar ayuda desde su cama y desde el baño. | **1** | **0** |  |  |
| 10 | Cuando las habitaciones son compartidas, se cuenta con los mecanismos oprocedimientos para preservar la privacidad de los residentes. | **1** | **0** |  |  |
| 11 | Cuenta con los insumos necesarios para la limpieza y aseo de las habitaciones, baños y zonas sociales | **1** | **0** |  |  |
| 12 | Tiene procesos documentados en relación con horarios y condiciones especiales para las visitas, como por ejemplo normas de convivencia, manejo de medicamentos y dietas | **1** | **0** |  |  |
| 13 | Cuenta con planes para emergencias, desastres, seguridad e incendios. | **1** | **0** |  |  |
| 14 | Cuenta con procesos para la seguridad de los residentes, que incluyanregistros de las entradas y salidas de cada uno de ellos y sobre la responsabilidad de custodia. | **1** | **0** |  |  |
| 15 | Tiene y aplica normas de seguridad para la prevención de enfermedadesinfectocontagiosas. | **1** | **0** |  |  |
| 16 | Tiene procedimientos preventivos de lesiones que puedan sufrir los usuarios en la institución, previa identificación de riesgos. Deberá contar con un manual de procedimientos en el cual se definan las normas de protección para los residentes. El manual debe incluir los procedimientos para la supervisión permanente de los usuarios con discapacidad cognitiva en todo momento por parte del personal de la institución, los procedimientos para la protección contra elementos o infraestructura potencialmente riesgosos para los usuarios, los procedimientos para las restricciones de acceso a usuarios con D.C. | **1** | **0** |  |  |
| 17 | Cuenta con procedimientos para cuando un usuario se pierda o cuando sufra algún accidente. | **1** | **0** |  |  |
| 18 | Tiene procedimientos documentados para prevención y manejo de abusoemocional, físico, sexual, abandono y explotación por parte de los trabajadores de la institución u otras personas. | **1** | **0** |  |  |
| 19 | Cuenta con servicio de alimentación, de lavandería o ropería y servicios generales, propios o contratados. Si no son propios, la institución debe garantizar la calidad de los procesos contratados | **1.5** | **0** |  |  |
| 20 | Si cuenta con cocina, existe un área para el almacenamiento de alimentos, ala cual se realiza control de roedores e insectos | **1** | **0** |  |  |
| 21 | Cuenta con la infraestructura necesaria y normas de seguridad con el fin de evitar accidentes relacionados con la utilización de gas en la cocina, para calentamiento de agua etc. | **1** | **0** |  |  |
| 22 | La institución tiene y aplica un manual de instrucción en alimentación y nutrición que incluya las dietas especiales de los residentes de acuerdo consus enfermedades de base, así como ciclos de menús. | **1.5** | **0** |  |  |
| 23 | Se cuenta con procesos para la recepción, lavado, secado, planchado y almacenamiento de ropa, si el servicio de lavandería y ropería es propio. | **1** | **0** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL PUNTAJE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Calificación máxima: 25 puntos)** |

**Tabla 3. REQUISITOS PARA LOS CUIDADOS A PERSONA MAYOR**

**(Anexo Técnico Ley 1315 de 2009)**

Instrucciones: Marque si: C = CUMPLE ; NC = NO CUMPLE; NA = NO APLICA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** |  **ESTANDAR** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| 1 | Cuenta con cuidadores capacitados en la atención a la persona mayor. Los cuidadores son coordinados como mínimo por auxiliares de enfermería, los cuales también requerirán de capacitación en el manejo de la persona mayor. | **1.78** | **0** |  |  |
| 2 | La institución ha realizado un estudio de la carga asistencial que cada residente requiere teniendo en cuenta aspectos como: necesidades de atención, control de esfínteres, transferencias y desplazamientos, dependencia psíquica etc, con el fin de identificar la suficiencia del recurso humano. | **1.66** | **0** |  |  |
| 3 | La institución realiza evaluación integral de necesidades para el bienestar de la persona mayor y desarrolla un plan integral de bienestar para cada uno de os residentes | **1.66** | **0** |  |  |
| 4 | Tiene procesos documentados y aplicados en relación con la capacitación al recurso humano en cuidado de persona mayor. | **1.66** | **0** |  |  |
| 5 | Cuenta con los insumos necesarios para brindar a los usuarios los cuidados diarios relacionados con higiene, cuidado personal y alimentación. | **1.66** | **0** |  |  |
| 6 | Tiene los procesos documentados en relación con las actividades diarias de los usuarios como baño, vestido, arreglo personal, supervisión, alimentación asistida y condiciones de seguridad especial de acuerdo con el tipo de usuarios que se encuentren en el hogar. | **1.66** | **0** |  |  |
| 7 | Cuenta con los procedimientos documentados para la identificación de los casos que requieren la intervención médica y para su llamado o la valoración de la persona mayor. | **1.66** | **0** |  |  |
| 8 | Tiene procedimientos documentados para cuidados durante la noche, servicios de relevo y supervisión. | **1.66** | **0** |  |  |
| 9 | Tiene procesos documentados en relación con la remisión de un usuario cuando se presenten condiciones de urgencia. Tiene identificados los mecanismos y lugares de remisión que debe atender para cada usuario de acuerdo con su afiliación a la seguridad social. | **1.66** | **0** |  |  |
| 10 | La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico | **1.66** | **0** |  |  |
| 11 | Para los residentes con gran inmovilidad cuenta con colchonetas o elementos para evitar las úlceras de presión | **1.66** | **0** |  |  |
| 12 | Tiene documentados los procedimientos de cuidado de la piel, cambios de posición, etc. para evitar úlceras de presión | **1.66** | **0** |  |  |
| 13 | Tiene los procesos documentados en relación con la información que se da a los familiares de los persona s mayores | **1.66** | **0** |  |  |
| 14 | Cuenta con un espacio para el depósito de medicamentos, el cual deberá estar en un área de circulación restringida y garantiza un sistema de ventilación natural y/o artificial de forma que conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante. Deberá contar con la dotación para el control de temperatura y humedad. No es obligatorio contar con servicio farmacéutico, sin embargo si lo tiene deberá cumplir contodo lo establecido en las normas de habilitación vigentes. | **1.66** | **0** |  |  |
| 15 | La institución realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al servicio, tales como: No. de Infecciones intrainstitucionales al mes, No. de caídas al mes, No. de otros accidentes al mes, No. decomplicaciones de los procedimientos que se realizan en la institución al mes. | **1.66** | **0** |  |  |
| 16 | Si ofrece servicios de salud, cumple con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006 o las normas que lo modifiquen, adicioneno sustituyan. | **1.66** | **0** |  |  |
| 17 | Si ofrece servicios de salud, la institución desarrolla un plan individual para el manejo de cada uno de los usuarios, por parte de los profesionales de salud que participen en su tratamiento, coordinado por un médico, el cual incluya las actividades a realizar y su periodicidad en especial lo relacionado con visita médica, exámenes de control, medicamentos, procedimientos, supervisión y dietas. | **1.66** | **0** |  |  |
| 18 | Si tiene servicios de salud, cuenta con procedimientos para la prescripción y realización de ejercicio, en especial para los usuarios que presenten patologías crónicas y/o rehabilitación. La prescripción del ejercicio solo podrá ser realizada por médico o fisioterapeuta | **1.66** | **0** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL PUNTAJE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Calificación máxima: 30 puntos)** |

**Tabla 4. REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE ASESORÍA Y EDUCACIÓN (Anexo Técnico Ley 1315 de 2009)**

Instrucciones: Marque si: C = CUMPLE ; NC = NO CUMPLE; NA = NO APLICA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** |  **ESTANDAR** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| 1 | Tiene documentados los procedimientos para las actividades educativas y de programas laborales para la enseñanza de nuevos oficios, de acuerdo con el estado y preferencia de cada usuario. Si se desarrollan actividades preventivas por parte de los persona s mayores, se establece con claridad la destinación de los recursos obtenidos | **2** | **0** |  |  |
| 2 | Tiene documentados los procesos para apoyar a la familia de los usuarios con demencia o discapacidad cognitiva. | **2** | **0** |  |  |
| 3 | Tiene procesos documentados para capacitación en deberes y derechos a los usuarios y sus familias | **2** | **0** |  |  |
| 4 | Cuenta con procesos para estimular las visitas e integrar a la familia de los residentes y evitar el abandono. Aplica para los centros residenciales para persona mayor | **2** | **0** |  |  |
| 5 | Cuenta con procedimientos documentados para estimular y fortalecer hábitos de vida saludable para la persona mayor como por ejemplo:* Promoción de autonomía e independencia
* Realización de ejercicio físico en forma regular
* Combatir la obesidad
* Disminuir el consumo de alcohol y tabaco
* Evitar ropas ajustadas
* Uso de calzado adecuado
* Evita situaciones de estrés
* Tomar medidas que prevengan las malas posturas
* Cuidados de los pies
* Uso de cremas hidratantes
* No exposiciones prolongadas al sol
* Estimular el consumo de alimentos frescos en lugar de los que contienen conservantes y preservativos
* Participar en las actividades lúdicas o culturales
* Expresar su sexualidad
* Estimular la capacidad de expresar sentimientos
* Estimular la aceptación de las limitaciones y mejoramiento de autoimagen
 | **2** | **0** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL PUNTAJE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Calificación máxima: 10 puntos)** |

**Tabla 5. REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE RECREACIÓN Y SOCIALIZACIÓN**

**(Anexo Técnico Ley 1315 de 2009)**

Instrucciones: Marque si: C = CUMPLE ; NC = NO CUMPLE; NA = NO APLICA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** |  **ESTANDAR** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| 1 | Cuenta con un espacio físico para las actividades lúdicas, recreativas y de socialización | **2** | **0** |  |  |
| 2 | Tiene un programa documentado para las actividades recreativas como por ejemplo:* Juegos de mesa
* Deportes para la persona mayor
* Tratamientos de relajación
* Danza
* Biblioteca
* Actividades culturales
* Manualidades
* Jardinería
* Paseos turísticos guiados
* Convivencias
* Reinserción familiar
* Actividades económicas y productivas

Para la ejecución del programa se deberá tener en cuenta las condiciones, habilidades, preferencias y cultura de cada uno de los usuarios. | **2** | **0** |  |  |
| 3 | Cuenta con la dotación de elementos lúdicos y de recreación definidos por la institución | **2** | **0** |  |  |
| 4 | Tiene facilidades para que los residentes tengan acceso a servicios religiosos. Aplica para los centros residenciales para persona mayor | **2** | **0** |  |  |
| 5 | La institución identifica las acciones de participación voluntaria en las actividades diarias de la institución, en cada uno de los residentes de acuerdocon sus habilidades y capacidades físicas y cognitivas | **2** | **0** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL PUNTAJE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Calificación máxima: 10 puntos)** |

**AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO** | **SEMAFORO** | **PUNTAJE** | **RESULTADO** | El centro de protección al adulto mayor, centros día, instituciones de atención y centros vida del Municipio de Fusagasugá, que obtenga puntaje entre 0 a 25 puntos (25%) será sujeto de Imposición de medida de seguridad contemplada en el artículo 576 de Ley 9 de 1976, literal a) *Clausura temporal del establecimiento, que podrá ser total o parcial.*El centro de protección al adulto mayor, centros día, instituciones de atención y centros vida del Municipio de Fusagasugá que obtenga puntaje entre 26 a 51 puntos (51%) será sujeto de imposición de medida de seguridad contemplada en el artículo 576 de Ley 9 de 1976, literal b) *La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.*El centro de protección al adulto mayor, centros día, instituciones de atención y centros vida del Municipio de Fusagasugá Autorizado provisionalmente con puntaje entre 52 a 76 (76%) y con puntaje entre 77 a 84 (84%) que no radique, no complemente, no cumpla, o no presente avances del Plan de mejoramiento, será sujeto de Imposición de medida de seguridad contemplada en el artículo 576 de Ley 9 de 1976, literal b) *La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.*El Centro de Protección al adulto mayor, centros día, instituciones de atención y centros vida del Municipio de Fusagasugá que obtengan un porcentaje de 76% (entre 52 a 76 puntos) a 84% (entre 77 a 84 Puntos) de los estándares evaluados, se expedirá una Autorización de Funcionamiento ProvisionalLos Centros de Protección al adulto mayor, centros día, instituciones de atención y centros vida del Municipio de Fusagasugá que obtengan un porcentaje de 85% entre 85 a 99 puntos) a 100% (100 puntos) de los estándares evaluados, se expedirá una Autorización de Funcionamiento Definitiva. |
| **\_\_\_\_\_\_%** |  | **ROJO: La institución es crítica no cumple con los requisitos mínimos RIESGO INMINENTE para funcionar debe realizar ajustes INMEDIATOS para el cumplimiento de los requisitos mínimos** | **No apta para funcionar (aplica Ley 9/79)****0-25 puntos = 25%** | **RIESGO INMINENTE** |
|  | **ANARANJADO: La institución se encuentra en RIESGO ALTO debe establecer mecanismos correctivos urgentes a corto plazo no es apta para funcionar si en una semana no se corrigen** | **No puede funcionar (Aplica Ley 9/79)****26-51 puntos = 51%** | **RIESGO ALTO** |
|  | **AMARILLO: La institución se encuentra en RIESGO MEDIO y debe avanzar en el plan de mejoramiento con acciones a corto y mediano plazo puede ser cerrada si no hay avances, puede funcionar si es nueva** | **Puede funcionar y ser Autorizada Provisionalmente, con compromiso de remitir plan de mejora.****52-76 puntos = 76%****77-84 puntos = 84%** | **RIESGO MEDIO** |
|  | **VERDE: La institución se encuentra en riesgo bajo, pero debe mantener los procesos y mejorarlos que se encuentren en el plan de mejoramiento BAJO RIESGO.** | **Apta para Funcionar, y ser Autorizada****85-99 puntos = Supera el 85%** | **BAJO RIESGO** |
|  | **AZUL: se considera cuando se cumple el 100% (101) y es considerada en excelencia. SIN RIESGO** | **Apta para Funcionar, y ser Autorizada****100 puntos = 100%** | **SIN RIESGO** |

|  |
| --- |
| **REQUERIMIENTOS PARA EL ESTABLECIMIENTO** |
| Se debe dar cumplimiento a la normatividad vigente subsanando los hallazgos registrados en la presente acta e implementación del plan de mejora. |
| **OBSERVACIONES** |
| **Por parte de la autoridad sanitaria:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Por parte del establecimiento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **NOTIFICACION DEL ACTA** |
| Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los profesionales que realizaron la visita, y las personas que intervinieron hoydel mes de\_ del año en la Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_ .De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita. |
| **POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SECRETARIA DE SALUD QUE REALIZAN LA VISITA** |
| **FIRMA:** | **FIRMA:** |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: | INSTITUCIÓN: |
| **FIRMA:** | **FIRMA:** |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: | INSTITUCIÓN: |
| **FIRMA:** | **FIRMA:** |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: | INSTITUCIÓN: |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO |