



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

Código  
FR-JUR  
24



Versión  
1

Página  
34 de  
36

INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE COMPRA, SUMINISTRO O SERVICIO

Fecha vigencia  
14/04/2021

HALLAZGOS MARZO DE 2023

#	VARIABLE	DESCRIPCION	CAUSA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	REGISTRO FOTOGRAFICO
1	Evitar la contaminación cruzada.	El chut de basuras estaba abierto en el proceso de ensamble de las dietas.	Deficiente proceso de supervisión	CUMPLE PARCIALMENTE	
2	Gestión documental	Los formatos del HDV no deben tener: enmendaduras, tachones ni borrones.	Deficiente proceso de supervisión	CUMPLE PARCIALMENTE	



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.**

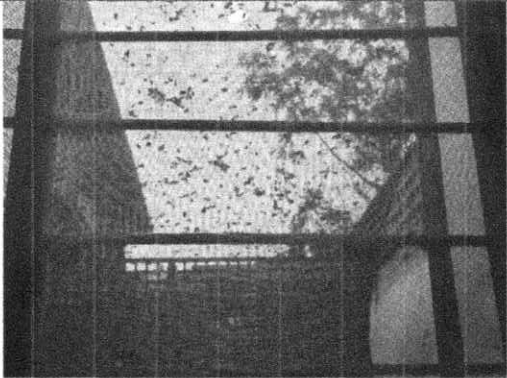

Código  
FR-JUR  
24

Versión  
1

Página  
35 de  
36

**INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE COMPRA, SUMINISTRO O SERVICIO**

Fecha vigencia  
14/04/2021

3	Evitar la contaminación externa.	Poli sombra en mal estado y sucio.	Deficiente proceso de supervisión	CUMPLE PARCIALMENTE	
4	Elementos de seguridad con la normatividad vigente.	Extintores vencidos al momento de la verificación.	Deficiente proceso de supervisión	CUMPLE PARCIALMENTE	



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE  
VILLAVICENCIO E.S.E.

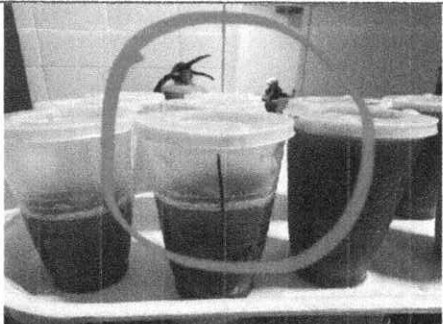

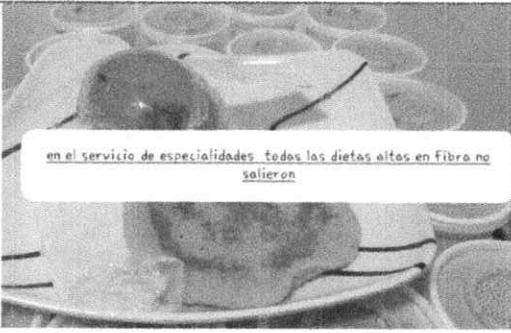
Código  
FR-JUR  
24

Versión  
1

Página  
36 de  
36

INFORME DE SUPERVISIÓN DE  
CONTRATOS DE COMPRA, SUMINISTRO  
O SERVICIO

Fecha vigencia  
14/04/2021

5	La presentación de las dietas debe ser adecuada.	Vaso de jugo en mal estado	Deficiente proceso de supervisión	CUMPLE PARCIALMENTE	
6	Las características de las dietas, deben responder a las establecidas en el manual dietario del HDV.	No se reportó el cambio de menú por falta de preparación.	Deficiente proceso de supervisión	CUMPLE PARCIALMENTE	
7	Las características de las dietas, deben responder a las establecidas en el manual dietario del HDV.	Dietas altas en fibra sin la adición de fruta o salvado.	Deficiente proceso de supervisión	CUMPLE PARCIALMENTE	



Villavicencio, 16 marzo de 2023

Doctora  
**MARLY VALENCIA**  
Interventora Servicio Alimentos  
Hospital Departamental de Villavicencio

**Asunto: Solicitud autorización ingreso personal nuevo al centro de producción del Hospital Departamental de Villavicencio.**

Cordial saludo,

A Continuación, relaciono la persona apta para ingresar a laborar en el servicio de alimentos del Hospital Departamental de Villavicencio, para su revisión y aprobación, y así continuar con el proceso de contratación.

INGRESAN	CARGO
LUZ MILI TORO	SERVICIOS GENERALES

  
**ERIKA JHOANNA MORENO**  
Administradora Servicio de alimentos HDV  
Soga de Colombia

Villavicencio 16 de marzo de 2023.

Sra:  
**ERIKA JHOANNA MORENO**  
Administradora Servicio de alimentos  
SOGA de Colombia S.A.S.

**Asunto:** Aprobación de personal.

Cordial saludo.

Dando respuesta al oficio radicado el 16 de marzo de 2023, en el cual se solicita la aprobación de personal, en mi calidad de interventora realicé el análisis de los requisitos del personal:

RETIRADO	INGRESA	CARGO
MARIA GONZALEZ LOPEZ	LUZ MILI TORO	SERVICIOS GENERALES

Sin otro en particular.

Atentamente,



**MARLY J. VALENCIA GRANADOS**  
Nutricionista Dietista HDV  
Interventora contrato No. 1006/2023

**LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACION DE REQUISITOS RECURSOS HUMANO -  
CONTRATO 1006 DE 2023**

Atendiendo la solicitud realizada por la empresa SOGA de Colombia S.A.S., identificada con Nit. No. 900451723-6, en ejecución del contrato 1006/2023, de realizar el cambio de personal de:

RETIRADO	INGRESA	CARGO
MARIA GONZALEZ LOPEZ	LUZ MILI TORO	SERVICIOS GENERALES

Se procede a realizar la evaluación de los requerimientos exigidos en el contrato No. 1006/2023, los requisitos para el recurso humano mínimo requerido para la adecuada operación del contrato es:

PERSONAL REQUERIDO	REQUISITOS MÍNIMOS
Auxiliares de servicios generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bachiller.</li> <li>• Experiencia requerida: mínimo de un (1) año experiencia en servicios generales.</li> </ul>

Por lo anterior y con los soportes presentados, se aprueba el cambio del personal.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVENCIO E.S.E

CODIGO  
FR-SA-02

VERSION  
1

PAGINA  
1 de 1

FORMATO DE VERIFICACION ORGANOLEPTICA  
SERVICIO DE ALIMENTOS

FECHA VIGENCIA  
30/06/2021

FECHA	TIEMPO DE COMIDA	ALIMENTO O PREPARACION	PESO				TEMPERATURA			EMPAQUE			SABOR		COLOR		OLOR	
			PESO ESTIPULADO EN LA MINUTA	PESO DE LA MUESTRA	CUMPLE	NO CUMPLE	TEMPERATURA	CUMPLE	NO CUMPLE	EMPAQUE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
31/03/23	Plátano al horno	Cena	100 gr	100	x		61	X		Plato Unipelado	X		X		X		X	
31/03/23	Avena con polo	Cena	100gr	100	x		79,4	X		Plato Unipelado	X		X		X		X	
31/03/23	Sopa Completa	Cena	220cc	220cc	x		81,6	X		1 copo	x		X		X		X	
31/03/23	Consomé	Cena	220cc	220cc	x		71,6	Y		1 copo	y		X		X		X	
31/03/23	Cremado verduras	Cena	220cc	220cc	x		76,2	X		1 copo	x		X		X		X	
31/03/23	Cebolitas	Cena	80gr	80gr	x		82,6	X		1 copo	x		X		X		X	
31/03/23	Tomateo rodajas	Cena	80gr	80gr	x		22,4	X		1 copo	x		X		X		X	
31/03/23	Jugo de papaya	Cena	200cc	200cc	x		17,6	X		Plástico	X		X		X		X	

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: *María J. Valenzuela G.*  
 CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: *Intendente para ser. Alim.*

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVENCIO E.S.E.

CODIGO  
FR-SA-10

VERSION  
1

PAGINA  
1 de 1

FORMATO DE VERIFICACION DE MINUTA  
SERVICIO DE ALIMENTOS

FECHA VIGENCIA  
30/06/2021

DIA: 01 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 02 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: 03 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 06 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: 07 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 08 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X					X		X		X		

DIA: 09 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 10 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: 13 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 14 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: 15 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 16 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: 17 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 21 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: 22 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 23 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: *Stacy J. Jahn*  
CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: *Interv. Ser. Alm.*

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA: *[Signature]*



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVENCIO E.S.E.

CODIGO  
FR-SA-10

VERSION  
1

PAGINA  
1 de 1

FORMATO DE VERIFICACION DE MINUTA  
SERVICIO DE ALIMENTOS

FECHA VIGENCIA  
30/06/2021

DIA: 24 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 27 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: 28 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 29 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		Nakha x bocadillo

DIA: 30 / MES: 03 / AÑO: 23

DIA: 31 / MES: 03 / AÑO: 23

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
X		X		X			X		X		X		

DIA: / MES: / AÑO:

DIA: / MES: / AÑO:

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	

DIA: / MES: / AÑO:

DIA: / MES: / AÑO:

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	

DIA: / MES: / AÑO:

DIA: / MES: / AÑO:

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	

DIA: / MES: / AÑO:

DIA: / MES: / AÑO:

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	

DIA: / MES: / AÑO:

DIA: / MES: / AÑO:

DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES	DESAYUNO		ALMUERZO		CENA		OBSERVACIONES
CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Mary J. Vabara  
CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: Intw. Sr. Alus

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA:



Marly Valencia <valenciamarly@gmail.com>

---

## Cambio de postre en el menú del día 29 de marzo,

1 mensaje

---

**Supervisor HDV** <sgc2027@sogadecolombia.com>

28 de marzo de 2023, 12:32

Para: Marly Valencia <valencia.marly@gmail.com>

Buenos tardes,

Cordial saludo

De manera atenta solicito autorización para el cambio de menú en el postre del día 29 de marzo de 2023.

Natilla\* bocadillo

Agradezco su atención

Gracias

--



**VIVIANA LORENA PEREZ**

Supervisora SGC 2027

Subgerencia de Operaciones | Soga de Colombia

---

+57 3145611003

sgc2027@sogadecolombia.com

www.sogadecolombia.com

Cra 4 N°17-04 Villa Helena , Villavicencio - Meta



# HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVENCIO E.S.E.

CODIGO  
FR-SA-09

VERSION  
1

PAGINA  
1 de 1

## FORMATO DE VERIFICACION DE HORARIO DE DISTRIBUCION SERVICIO DE ALIMENTOS

FECHA VIGENCIA  
30/06/2021

DIA: <u>01</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>02</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>03</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>04</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>		
DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
7:40	11:29	4:45	7:39	11:27	4:45	7:46	11:32	4:40	7:22	11:23	4:45
DIA: <u>07</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>08</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>09</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>10</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>		
DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
7:28	11:27	4:46	7:51	11:55	4:45	7:37	11:27	4:40	7:36	11:36	4:45
DIA: <u>13</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>14</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>15</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>16</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>		
DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
7:39	11:28	4:40	7:42	11:36	4:40	7:45	11:44	4:45	7:38	11:38	4:40
DIA: <u>17</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>21</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>22</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>23</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>		
DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
7:34	11:28	4:46	7:21	11:32	4:45	7:30	11:30	4:45	7:28	11:27	4:40
DIA: <u>24</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>27</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>28</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>29</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>		
DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
7:37	11:34	4:48	7:44	11:45	4:48	7:51	11:46	4:40	7:51	11:34	4:45
DIA: <u>30</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>31</u> / MES: <u>03</u> / AÑO: <u>23</u>			DIA: <u>    </u> / MES: <u>    </u> / AÑO: <u>    </u>			DIA: <u>    </u> / MES: <u>    </u> / AÑO: <u>    </u>		
DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
7:49	11:34	5:00	7:45	11:48	5:00						

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Marily J. Valencia G.  
CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: Interventora Dev. Alim.

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.  
 FORMATO DE CONTROL DE DIETAS SOBRANTES  
 SERVICIO DE ALIMENTOS

VERSION 1 CODIGO FR-SA-44 PAGINA 1 de 1  
 FECHA VIGENCIA 01/09/2016

SERVICIOS	DIA: 1 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 02 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 03 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 04 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 05 / MES: 03 / AÑO: 23			TOTAL
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	
QUIRURGICOS ORTOPEDICOS									1							
MEDICINA INTERNA															1	
PEDIATRIA HOSP			2			1						3				
OBSERVACION PEDIATRICA																
UCI PEDIATRICA									1							
CIRUGIA (CX)																
U.C.I						2										
ESPECIALIDADES I			5			1						2			2	
SALA DE PARTOS (S/P)									2							
GINECOLOGIA						3			3			1				
U.S.M															4	
U.S.M DIA			2													
URGENCIAS															3	
CONSULTORIO			1						4			2				
TOTAL			2			1						2			1	

D: Desayuno  
 A: Almuerzo  
 C: Comida

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: *Marly J. Valencia G.*  
 CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: *Intervenitora Serv. Alim*

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA: *[Signature]*



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.**  
**FORMATO DE CONTROL DE DIETAS SOBRANTES**  
**SEVICIO DE ALIMENTOS**

VERSION 1 CODIGO FR-SA-44 PAGINA 1 de 1

FECHA VIGENCIA  
01/09/2016

SERVICIOS	DIA: 06 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 07 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 08 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 09 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 10 / MES: 03 / AÑO: 23			TOTAL
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	
QUIRURGICOS ORTOPEDICOS																
MEDICINA INTERNA																1
PEDIATRIA HOSP						3			1							
OBSERVACION PEDIATRICA													3			
UCI PEDIATRICA																1
CIRUGIA (CX)																
U.C.I																
ESPECIALIDADES I			2										3			2
SALA DE PARTOS (S/P)									1							
GINECOLOGIA			3													
U.S.M									2							
U.S.M DIA			1			2										2
URGENCIAS																
CONSULTORIO			1			4			2				3			3
<b>TOTAL</b>													1			4

D: Desayuno  
A: Almuerzo  
C: Comida

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: *Marily J. Vazenda G.*  
CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: *Interveniente a Sev. Alim*

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.  
 FORMATO DE CONTROL DE DIETAS SOBANTES  
 SEVICIO DE ALIMENTOS

VERSION 1 CODIGO FR-SA-44 PAGINA 1 de 1  
 FECHA VIGENCIA 01/09/2016

SERVICIOS	DIA: 1 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 12 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 13 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 14 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 15 / MES: 03 / AÑO: 23			TOTAL
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	
QUIRURGICOS ORTOPEDICOS																
MEDICINA INTERNA		4														
PEDIATRIA HOSP				2												
OBSERVACION PEDIATRICA																
UCI PEDIATRICA																
CIRUGIA (CX)																
U.C.I																
ESPECIALIDADES I			2		1						1					
SALA DE PARTOS (S/P)																
GINECOLOGIA		2				5			4			8			4	
U.S.M									2							
U.S.M DIA									4							
URGENCIAS																
CONSULTORIO												2			4	
TOTAL																

D: Desayuno  
 A: Almuerzo  
 C: Comida

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Marly J. Valencia G  
 CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: Intenentora de Nutricion

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.  
 FORMATO DE CONTROL DE DIETAS SOBREPESADAS  
 SERVICIO DE ALIMENTOS

SERVICIOS	DIA: 16 / MES: 03 / AÑO: 23		DIA: 17 / MES: 03 / AÑO: 23		DIA: 18 / MES: 03 / AÑO: 23		DIA: 19 / MES: 03 / AÑO: 23		DIA: 20 / MES: 03 / AÑO: 23		TOTAL	
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D		A
QUIRURGICOS ORTOPEDICOS												
MEDICINA INTERNA			1									1
PEDIATRIA HOSP												
OBSERVACION PEDIATRICA									3			
UCI PEDIATRICA												
CIRUGIA (CX)												
U.C.I												
ESPECIALIDADES I												
SALA DE PARTOS (S/P)												
GINECOLOGIA			2									
U.S.M												
U.S.M DIA												
URGENCIAS												
CONSULTORIO			4								4	
TOTAL												
D: Desayuno												
A: Almuerzo												
C: Comida												
NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Henry J. Valencia CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: Interventora de Alimentos											FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA: <i>[Handwritten Signature]</i>	

VERSION CODIGO  
 1 FR-SA-44

FECHA VIGENCIA  
 01/09/2016

PAGINA  
 1 de 1



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.  
 FORMATO DE CONTROL DE DIETAS SOBRESANTES  
 SEVICIO DE ALIMENTOS

VERSION 1 CODIGO FR-SA-44 PAGINA 1 de 1

FECHA VIGENCIA  
01/09/2016

SERVICIOS	DIA: 21 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 22 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 23 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 24 / MES: 03 / AÑO: 23			DIA: 25 / MES: 03 / AÑO: 23			TOTAL
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	
QUIRURGICOS ORTOPEDICOS			2						1							
MEDICINA INTERNA																
PEDIATRIA HOSP			1			3									2	
OBSERVACION PEDIATRICA																
UCI PEDIATRICA																
CIRUGIA (CX)																
U.C.I									2						1	7
ESPECIALIDADES I			1													
SALA DE PARTOS (S/P)																
GINECOLOGIA			3			1										
U.S.M																
U.S.M DIA															2	
URGENCIAS																
CONSULTORIO			4			2			4						3	4
TOTAL																

D: Desayuno  
 A: Almuerzo  
 C: Comida

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: *Marily J. Valencia G.*  
 CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: *Intervenidora Sev. Alim.*

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA: *[Signature]*



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.  
 FORMATO DE CONTROL DE DIETAS SOBRANTES  
 SEVICIO DE ALIMENTOS

VERSION 1 CODIGO FR-SA-44 PAGINA 1 de 1

FECHA VIGENCIA  
01/09/2016

SERVICIOS	DIA: 26 / MES: 03 AÑO: 23			DIA: 27 / MES: 03 AÑO: 23			DIA: 28 / MES: 03 AÑO: 23			DIA: 29 / MES: 03 AÑO: 23			DIA: 30 / MES: 03 AÑO: 23			TOTAL
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	
QUIRURGICOS ORTOPEDICOS		3														1
MEDICINA INTERNA			1						1							
PEDIATRIA HOSP						5			2							
OBSERVACION PEDIATRICA									1							2
UCI PEDIATRICA												1				
CIRUGIA (CX)																
U.C.I																
ESPECIALIDADES I						2										1
SALA DE PARTOS (S/P)						2			3			2				
GINECOLOGIA					2	4			2			3				
U.S.M						1										
U.S.M DIA																
URGENCIAS					1	3										1
CONSULTORIO																
TOTAL																

D: Desayuno  
 A: Almuerzo  
 C: Comida

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Gladys J. Valencia G.  
 CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: Interconsultora Ser. -Alim

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.  
 FORMATO DE CONTROL DE DIETAS SOBRANTES  
 SEVICIO DE ALIMENTOS

VERSION 1 CODIGO FR-SA-44 PAGINA 1 de 1  
 FECHA VIGENCIA 01/09/2016

SERVICIOS	DI 31 / MES: 03 AÑO: 23			DI 31 / MES: 03 AÑO: 23			DI 31 / MES: 03 AÑO: 23			DI 31 / MES: 03 AÑO: 23			TOTAL		
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C			
QUIRURGICOS ORTOPEDICOS			1												
MEDICINA INTERNA															
PEDIATRIA HOSP		2	1												
OBSERVACION PEDIATRICA		1													
UCI PEDIATRICA															
CIRUGIA (CX)															
U.C.I															
ESPECIALIDADES I			2												
SALA DE PARTOS (S/P)			2												
GINECOLOGIA			2												
U.S.M		1													
U.S.M DIA															
URGENCIAS			1												
CONSULTORIO															
<b>TOTAL</b>															

D: Desayuno  
 A: Almuerzo  
 C: Comida

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: *Marilyn J. Velez*  
 CARGO DE QUIEN DILIGENCIA: *Interventora Sr. Alan*

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA:

	<b>CERTIFICADO PROCESOS CONTROL DE PLAGAS Y VECTORES</b>	SIG
		VERSIÓN:1
		VIGENCIA: 7/07/2020

Certificado N° **117**

**FUMIGAR & SERVICIOS LTDA**, identificada con **NIT.832000773-3**, empresa prestadora de servicios de Manejo Integrado de Plagas y Saneamiento Básico Ambiental, con concepto favorable vigente para el uso y manipulación de plaguicidas conforme al Decreto 1843 de 1991.

## CERTIFICA:

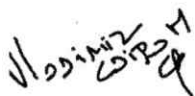
Que conforme a lo establecido en el decreto 1843 de 1991, el **25-03-2023** se realizó proceso de control de plagas y vectores, con las siguientes precisiones: **Centro de Producción Bodegas,Oficina,Neveras,Mesones,Linea Caliente.Areas de Lavado**

Orden de trabajo N°:		23179			
Cliente/Empresa:		SOGA DE COLOMBIA			
NIT:		900451723-6			
Lugar donde se realizó el proceso:		Centro de Producción Hospital Departamental Villavicencio			
Ciudad		Villavicencio			
Departamento		Meta			
Insecticida:	<b>HAWKER 252 EC</b>	Laboratorio	<b>TAGROS CHEMICALS</b>	RGSP	<b>0231-2004</b>
Rodenticida:	<b>RACUMIN LECHE CONDENSADA</b>	Laboratorio	<b>BAYER</b>	RGSP	<b>253-2005</b>
Complementarios:	<b>Se realizo mantenimiento a dos cajas tipo cebadero para roedores y a tres estaciones tipo pvc para roedores</b>				

Se expide a solicitud del interesado a los **26** días del mes de **marzo del** año **2023**.

Este certificado tiene Validez por un mes a partir de la fecha de expedición


Cordialmente,



**Vladimir Gilberto Caipa Martínez**  
Coordinador de Servicios a Nivel Nacional.



E-mail:  
[c.servicios@fumigaryservicios.co](mailto:c.servicios@fumigaryservicios.co)  
Celular: 3154918170

	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		REPORTE
			7862-23
			FECHA DE REPORTE
			29 de marzo de 2023

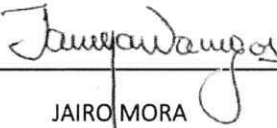

<b>CODIGO: F-OP-MB-29</b>	<b>VERSION: 02</b>	<b>FECHA: 07-04-2021</b>
---------------------------	--------------------	--------------------------


<b>CLIENTE:</b>	<b>SOGA DE COLOMBIA S.A.S</b>	<b>DIRECCIÓN / TEL</b>	<b>Transversal 9 No. 11 - 29 Barrio el Triunfo, Villavicencio, Meta</b>
<b>NIT:</b>	<b>900451723-6</b>	<b>CONTACTO CLIENTE:</b>	<b>JORGE ELIECER SANABRIA DUEÑAS calidad@sogadecolombia.com</b>
<b>LUGAR TOMA DE MUESTRAS</b>		<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO</b>	

<b>INFORMACIÓN DE LA MUESTRA</b>					
<b>FECHA TOMA DE MUESTRAS</b>	23/03/2023		<b>FECHA DE ANÁLISIS</b>	23/03/2023	
<b>CÓDIGO INTERNO</b>	30694	<b>FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA</b>	28/03/2023	<b>TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C</b>	No aplica
<b>AMBIENTE</b>	<b>TIEMPO DE EXPOSICIÓN</b>		<b>OBSERVACIONES</b>		
<b>Cocina caliente área de servido</b>	20 minutos		se realiza aspersion con desinfectante autorizado en el programa L&D		

<b>PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS</b>			
<b>PARÁMETRO</b>	<b>RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA</b>	<b>TÉCNICA DE ANÁLISIS</b>	<b>Límites Internos Sugeridos</b>
Recuento de aerobios mesófilos (UFC)	2	Sedimentación en placa	50 UFC Máximo
Recuento de mohos (UFC)	1	Sedimentación en placa	50 UFC Máximo
Recuento de levaduras (UFC)	0	Sedimentación en placa	

<b>CONCEPTO</b>	<b>CUMPLE</b>
<b>OBSERVACIONES</b>	ninguna

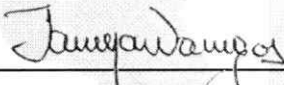

 <b>JAIRO MORA</b>	 <b>JAIBER PRADA</b>
<b>COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO</b>	<b>MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO</b>


	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		<b>REPORTE</b>
			7862-23
			<b>FECHA DE REPORTE</b>
			29 de marzo de 2023

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA					
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023	FECHA DE ANÁLISIS	23/03/2023		
CÓDIGO INTERNO	30695	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	24/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C	No Aplica
MUESTRA MANIPULADOR	PROCESO		OBSERVACIONES		
Maria Luisa Beltran	preparación de alimentos		manos limpias y desinfectadas, sin esmalte, uñas cortas y sin accesorios		

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	Límites Internos Sugeridos
Recuento de coliformes totales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de coliformes fecales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna

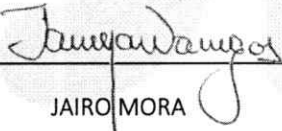

 <b>JAIRO MORA</b>	 <b>JAIBER PRADA</b>
<b>COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO</b>	<b>MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO</b>


	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		<b>REPORTE</b>
			7862-23
			<b>FECHA DE REPORTE</b>
			29 de marzo de 2023

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA					
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023		FECHA DE ANÁLISIS	23/03/2023	
CÓDIGO INTERNO	30696	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	28/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C	No Aplica
<b>MUESTRA SUPERFICIE (EQUIPO - UTENSILIO)</b>	<b>MATERIAL DE LA SUPERFICIE</b>			<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>Mesón</b>	acero inoxidable			superficie limpia y desinfectada, en buen estado	

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	Límites Internos Sugeridos
Recuento de coliformes totales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de coliformes fecales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de mohos (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de levaduras (UFC)	<1			

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna

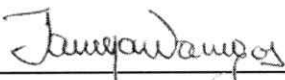

 <b>JAIRO MORA</b>	 <b>JAIBER PRADA</b>
<b>COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO</b>	<b>MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO</b>


	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		REPORTE
			7862-23
			FECHA DE REPORTE
			29 de marzo de 2023

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA					
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023		FECHA DE ANÁLISIS	23/03/2023	
CÓDIGO INTERNO	30697	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	25/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C	84,3
MUESTRA	FECHA PRODUCCIÓN	FECHA VENCIMIENTO		CANTIDAD	OBSERVACIONES
Carne en goulash	23/03/2023	23/03/2023		200g	muestra tomada de olla preparó: Maria Beltran

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	Resolución 1407/ 5 de agosto 2022/ Min. Salud
Recuento de <i>Escherichia coli</i> (UFC)	<10	Recuento en placa	ISO 4832	<10 UFC
Recuento de <i>Staphylococcus aureus</i> coagulasa positiva (UFC)	<100	Recuento en placa	ISO 6888-1	<100 UFC
Recuento de <i>Bacillus cereus</i> (UFC)	<100	Recuento en placa	ISO 7932	<100 UFC
Detección de <i>Salmonella</i> spp en 25g	Ausencia	Amplificación isotérmica de ADN - MDS	ISO 6579-1	AUSENCIA
Detección de <i>Listeria monocytogenes</i> en 25g	Ausencia	Amplificación isotérmica de ADN - MDS	ISO 11290-1/A1	AUSENCIA

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna

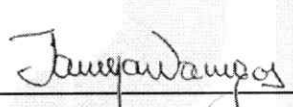

 <b>JAIRO MORA</b> COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO	 <b>JAIBER PRADA</b> MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO
--	--


	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		<b>REPORTE</b>
			7862-23
			<b>FECHA DE REPORTE</b>
			29 de marzo de 2023

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA				
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023	FECHA DE ANÁLISIS	23/03/2023	
CÓDIGO INTERNO	30698	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	25/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C 14,2
<b>MUESTRA</b>	<b>FECHA PRODUCCIÓN</b>	<b>FECHA VENCIMIENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Ensalada cruda: remolacha, tomate, cebolla	23/03/2023	23/03/2023	200g	muestra tomada de recipiente plástico preparó: Viviana Rivera

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	INVIMA ENSALADA DE FRUTAS Y VERDURAS
NMP coliformes totales (NMP)	<3	Número Más Probable	AOAC 966.24	<3 NMP
NMP coliformes fecales (NMP)	<3			<3 NMP
Detección de <i>Salmonella</i> spp en 25g	AUSENCIA	Amplificación isotérmica de ADN - MDS	ISO 6579-1	AUSENCIA

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna

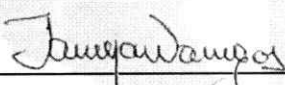

 <b>JAIRC MORA</b> COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO	 <b>JAIBER PRADA</b> MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO
--	--


	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		REPORTE
			7862-23
			FECHA DE REPORTE
			29 de marzo de 2023

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA					
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023		FECHA DE ANÁLISIS	23/03/2023	
CÓDIGO INTERNO	30699	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	25/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C	4,3
MUESTRA	FECHA LLEGADA	FECHA VENCIMIENTO	LOTE	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Fruta: Granadilla	20/03/2023	no aplica	no aplica	1	muestra tomada de recipiente plástico

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	INVIMA FRUTA ENTERA
Detección de <i>Salmonella</i> spp en 25g	AUSENCIA	Amplificación isotérmica de ADN - MDS	ISO 6579-1	AUSENCIA

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna

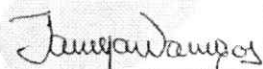
 <b>JAIRO MORA</b> COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO	 <b>JAIBER PRADA</b> MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO
--	--

	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>	<b>REPORTE</b>
		7862-23
		<b>FECHA DE REPORTE</b>
		29 de marzo de 2023

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA				
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023	FECHA DE ANÁLISIS	23/03/2023	
CÓDIGO INTERNO	30700	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	28/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C 3,5
<b>MUESTRA</b>	<b>FECHA PRODUCCIÓN</b>	<b>FECHA VENCIMIENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Jugo de durazno	23/03/2023	23/03/2023	200 mL	muestra tomada de jarra plástica preparó: Viviana Rivera

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	Resolución 3929/2013 MIN SALUD
Recuento de <i>Escherichia coli</i> (UFC)	<10	Recuento en placa	ISO 4832	<10 UFC
Recuento de mohos (UFC)	<10	Recuento en placa	ISO 21527 -1	3000 UFC Máximo
Recuento de levaduras (UFC)	20			
Detección de <i>Salmonella</i> spp en 25g	AUSENCIA	Amplificación isotérmica de ADN - MDS	ISO 6579-1	AUSENCIA

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna


**JAICO MORA**
**COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO**

**JAIBER PRADA**
**MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO**

**BIOS LABORATORIO SAS**  
 CALLE 33 B N° 36 - 37 UN 102  
 6779913 - 3229478564 - 3013192047  
 VILLAVICENCIO - META



## REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO

REPORTE

7862-23

FECHA DE REPORTE

29 de marzo de 2023

## INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023	FECHA DE ANÁLISIS	23/03/2023		
CÓDIGO INTERNO	30701	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	24/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C	22,1
MUESTRA	PUNTO TOMA DE MUESTRA	CANTIDAD	OBSERVACIONES		
Agua potable	filtro área de jugos	300 mL	ninguna		

## PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS

PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	RES. 2115 de 2007 Min. Protección Social
Recuento de Coliformes totales (UFC / 100 ml)	<1	Filtración por membrana	SM 9222 B	0 UFC
Recuento de <i>Escherichia coli</i> (UFC / 100 ml)	<1	Filtración por membrana	SM 9222 B	0 UFC

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna


JAIRO MORA

COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO

JAIBER PRADA

MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO

FIN DEL REPORTE

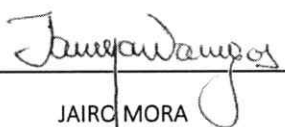

	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		REPORTE
			7863-23
			FECHA DE REPORTE
			29 de marzo de 2023
CODIGO: F-OP-MB-29	VERSION: 02	FECHA: 07-04-2021	


CLIENTE:	<b>SOGA DE COLOMBIA S.A.S</b>	DIRECCIÓN / TEL	<b>Transversal 9 No. 11 - 29 Barrio el Triunfo, Villavicencio, Meta</b>
NIT:	<b>900451723-6</b>	CONTACTO CLIENTE:	<b>JORGE ELIECER SANABRIA DUEÑAS calidad@sogadecolombia.com</b>
LUGAR TOMA DE MUESTRAS		<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL VILLAVICENCIO - LACTARIO</b>	

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA					
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023	FECHA DE ANÁLISIS		23/03/2023	
CÓDIGO INTERNO	30702	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	24/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C	No Aplica
<b>MUESTRA MANIPULADOR</b>	<b>PROCESO</b>		<b>OBSERVACIONES</b>		
<b>Johana Romero</b>	limpieza de mesón		manos limpias y desinfectadas, sin esmalte, uñas cortas y sin accesorios		

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	Límites Internos Sugeridos
Recuento de coliformes totales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de coliformes fecales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna

 <b>JAIRO MORA</b>	 <b>JAIBER PRADA</b>
<b>COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO</b>	<b>MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO</b>

	<b>REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</b>		<b>REPORTE</b>
			7863-23
			<b>FECHA DE REPORTE</b>
			29 de marzo de 2023

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA					
FECHA TOMA DE MUESTRAS	23/03/2023	FECHA DE ANÁLISIS		23/03/2023	
CÓDIGO INTERNO	30703	FECHA SALIDA MICROBIOLOGÍA	28/03/2023	TEMPERATURA DE LA MUESTRA °C	No Aplica
<b>MUESTRA SUPERFICIE (EQUIPO - UTENSILIO)</b>	<b>MATERIAL DE LA SUPERFICIE</b>			<b>OBSERVACIONES</b>	
Mesón	acero inoxidable			superficie limpia y desinfectada, en buen estado	

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS				
PARÁMETRO	RESULTADOS VÁLIDOS PARA LA MUESTRA ANALIZADA	TÉCNICA DE ANÁLISIS	MÉTODO	Límites Internos Sugeridos
Recuento de coliformes totales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de coliformes fecales (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de mohos (UFC)	<1	Recuento en placa	ISO 18593:2018	<1 UFC
Recuento de levaduras (UFC)	<1			

CONCEPTO	CUMPLE
OBSERVACIONES	ninguna

 JAIRC MORA	 JAIBER PRADA
COORDINADOR TÉCNICO Y CIENTÍFICO	MICROBIÓLOGO ANALISTA DE LABORATORIO

FIN DEL REPORTE

## LISTADO DE PERSONAL DE MARZO DE 2023

Item	Nombre y Apellido	Cedula	Cargo
1	Erika Johanna Moreno Giraldo	1.121.885.466	Administradora Servicios de Alimentos
2	Anyili Lorena Martinez Cuellar	1.124.048.406	Nutricionista
3	Viviana Lorena Perez Sabogal	52.912.934	Asistente administrativo
4	Gilmar Alexander Ruiz Ruiz	1.030.541.771	Chef
5	Luz Myriam Quintero Cruz	40.186.768	Almacenista
6	Maria Hidalid Bejarano	51.897.437	Auxiliar de cocina
7	Sor Norancy Alarcón Rodríguez	52.197.932	Auxiliar de cocina
8	Astrid Carolina Chacón	1.120.924.985	Auxiliar de cocina
9	Liliana Cubides Roa	1.120.353.977	Auxiliar de cocina
10	María Luisa Beltrán Reyes	40.437.565	Auxiliar de cocina
11	Viviana Rivera Aragon	1.121.864.986	Auxiliar de cocina
12	Viviana Murcia Serna	1.030.566.486	Auxiliar de cocina
13	Leidy Viviana Novoa Peñuela	1.022.333.836	Auxiliar de cocina
14	Luz Mili Toro	40.396.413	Auxiliar de Servicios Generales
15	María Eugenia Miranda Turizo	1.065.861.494	Auxiliar de cocina
16	Diana Marcela Cespedes Rojas	1.121.843.779	Auxiliar de Distribucion
17	Aura Franco Murcia	1.121.857.919	Auxiliar de Distribucion
18	Jennifer Paola Guevara Perez	1.006.840.849	Auxiliar de Distribucion
19	Erika Julier Cespedes	1.122.649.508	Auxiliar de Distribucion
20	Paola Rojas Palomino	1.121.885.054	Auxiliar de Distribucion
21	Diana Lorenci Lopez	30.042.769	Auxiliar de Distribucion
22	Leidy Viviana Baquero Saenz	40.343.279	Auxiliar de Distribucion
23	Maria Helena Monsalve	43.633.708	Auxiliar de cocina
24	Paula Alejandra Calderon	1.121.953.723	Auxiliar de Distribucion
25	Lizeth Camila Vasquez Marin	1.121.832.864	Auxiliar de Distribucion
26	Silvia Patricia Suarez Alarcon	52.062.468	Auxiliar de Servicios Generales
27	Luz Dary Reyes Fuentes	40.186.681	Auxiliar de Servicios Generales
28	Maria Hilda Gonzalez Gomez	40.186.671	Auxiliar de Servicios Generales
29	Olga Lucia Cespedes Fuentes	40.395.324	Auxiliar de Lactario
30	Consuelo Carrillo Castillo	40.402.284	Auxiliar de Lactario
31	Janeth Johana Romero Reina	1.121.939.102	Auxiliar de Lactario

## INFORME DE ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO



Elaborado por: Anyily Lorena Martínez Cuellar  
*Nutricionistas Dietista servicio de alimentación*

SOGA DE COLOMBIA NIT. 900.451.723-6

1 AL 31 de marzo 2023



## Contenido

1. OBJETIVOS .....	3
1.1 OBJETIVO GENERAL .....	3
1.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	3
2. INTRODUCCIÓN .....	4
3. DIETAS TERAPEUTICAS PEDIATRICAS .....	7
4. SERVICIOS DE ALIMENTOS .....	8
5. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE TIPOS DE DIETAS OFRECIDAS EN EL SERVICIO.....	8
6. PERSONAL OPERATIVO .....	10
7. VERIFICACIÓN Y CONTROL DE GRAMAJE Y VOLUMEN .....	11
8. TOMA DE MUESTRAS DIARIAS DE REFERENCIAS.....	12
9. VERIFICACIÓN DE DIETAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS POR PARTE DE LA NUTRICIONISTA DIETISTA.....	13
10. LACTARIO .....	14
10.1 SUMINISTRO DE COMPLEMENTOS NUTRICIONALES.....	14
10.2 PREPARACIÓN DE FORMULAS .....	15
10.3 SEMAFORIZACIÓN Y ROTULACIÓN DE NUTRICIONES ENTERALES Y FORMULAS INFANTILES.....	16
11. CONCLUSIÓN .....	17
12. ENCUESTAS.....	18





## 1. OBJETIVOS



### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar el análisis organoléptico y nutricional de las dietas ofrecidas por el servicio de alimentación del Hospital departamental de Villavicencio basado en lo establecido en el manual de dietas terapéuticas de la institución de acuerdo con los parámetros establecidos en el contrato No.1922 de 2022.



### 1.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Verificar el cumplimiento de la derivación de cada tiempo de comida ofrecida en el servicio.
- Analizar las características organolépticas de los alimentos ofrecidos en el servicio.
- Evaluar el cumplimiento del gramaje por porción de cada tiempo de comida.



## 2. INTRODUCCIÓN



En la actualidad, una adecuada nutrición es indispensable para la recuperación de los pacientes, ya que en la mayoría de las patologías existe un aumento de las necesidades nutricionales, o de ciertos nutrientes específicos. (Marisol Zegarra M, 2015).



Las dietas adecuadas según los requerimientos de paciente incluyen las vitaminas y minerales que nuestros cuerpos necesitan para que funcionen y se mantengan saludables. Además, una dieta saludable proporciona suficientes calorías para dar la energía necesaria para vivir cada día. Si las mismas son deficientes en nutrientes o proporcionan muy pocas demasiadas calorías, es posible desarrollar o presentar complicaciones de salud.



Es por esta razón que las dietas hospitalarias ocupan un espacio delicado por naturaleza teniendo en cuenta que estas representan uno de los grandes retos de la gestión hospitalaria, las mismas son planes de alimentación mediante los cuales se seleccionan los alimentos más adecuados, para garantizar que un enfermo hospitalizado mantenga o alcance un estado de nutrición óptimo (Goikoetxea, 2018). Pueden perseguir un efecto terapéutico, de mantenimiento o preventivo, tanto a nivel de costes como de logística, y a la vez es uno de los puntos más importantes a la hora de valorar los servicios recibidos por parte del paciente, de acuerdo con esto los menús de las dietas hospitalarias tienen que ayudar a mejorar la salud del paciente y/o mantener un estatus nutricional óptimo de igual manera de ser del agrado de la persona hospitalizada.



El presente informe tiene como fin dar a conocer el análisis cualitativo y cuantitativo que se realiza en diferentes tipos de dietas ofrecida a los usuarios que requieren permanencia dentro del hospital departamental de Villavicencio. estancia derivada de su estado patológico, este aporte de alimentos se hace con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la salud de estos, tratando de evitar el deterioro nutricional.



### 3. TIPOS DE DIETAS TERAPEUTICAS



Las dietas hospitalarias se clasifican en dieta normal y dietas terapéuticas. La dieta normal sirve de base guía para las dietas terapéuticas, haciéndose modificaciones de acuerdo con la consistencia y a la distribución de macro y micronutrientes, Todas las dietas suministradas deben cumplir con las características organolépticas y especificaciones dadas por el manual.



**DIETA NORMAL:** Las dietas normales, manejan regímenes normo calóricos, con distribución porcentual de macro y micronutrientes sin modificaciones, basándose en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la población colombiana mayor de dos años. Dichas dietas, aplican en pacientes adultos y pediátricos que no requieran modificaciones puntuales en su manejo fisiopatológico.



**DIETA BLANDA:** Es una dieta derivada de la normal, de fácil digestión, se suministra a pacientes que toleran vía oral, por ejemplo, pacientes que en postoperatorio ya han tolerado vía oral líquida e iniciado con alimentos de consistencia sólida, adultos mayores o personas con dificultad de masticación, pacientes con trastornos gastrointestinales. Este tipo de dieta favorece la adaptación adecuada de la vía oral.

**DIETA LIQUIDA CLARA:** Este tipo de dieta proporciona los requerimientos diarios de agua, pero estimula muy poco el tracto gastrointestinal. Esto se alcanza al costo de proporcionar pocas cantidades de proteínas o grasa. Es una dieta nutricionalmente inadecuada por su bajo aporte calórico, por lo tanto, se indica por periodos cortos, estimula muy poco el tracto gastrointestinal, resulta de fácil digestión no contiene fibra leche o derivados.

**DIETA LIQUIDA COMPLETA:** Esta dieta aporta alimentos líquidos o semilíquidos a temperatura ambiente. Se le proporciona con el fin de proveer nutrientes adecuados en forma que no sea necesario masticar.

**DIETA HIPOSODICA:** Como su nombre lo indica, es una dieta baja en cloruro de sodio (Sal), se caracteriza por aportar solo el sodio contenido en los alimentos, es decir no hay adición de sal, además de restricción de alimentos con alto contenido de sodio.

**DIETA HIPOGRASA:** Es una dieta terapéutica en la cual se disminuye el uso de grasas visibles (untable y líquida) e invisibles como la grasa que forma parte de los alimentos, especialmente los de origen animal, esta dieta ofrece un bajo aporte de grasas saturadas, insaturadas y colesterol y un aporte adecuado de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas.



**DIETA HIPERPROTEICA:** Como su nombre lo indica, es una dieta con alto aporte proteico, superior a la recomendación diaria establecida para la población colombiana sana. Se prescribe esta dieta a pacientes en hipercatabolismo a causa de su patología actual, a enfermedades subyacentes ó aumento del requerimiento proteico por cambios fisiológicos.



**DIETA HIPOGLUCIDA:** Es una dieta con modificación en el aporte de carbohidratos simples, se incrementa el consumo de frutas y verduras fuentes de fibra, con índice glucémico bajo. Se debe ofrecer la dieta fraccionada en 6 tiempos de comida, y seguir recomendaciones en el tipo de grasas y otros nutrientes.



**DIETA RENAL:** Dieta terapéutica utilizada en pacientes con pérdida total o parcial de la función renal, en forma aguda o crónica.





#### 4. DIETAS TERAPEUTICAS PEDIATRICAS

**DIETA COMPLEMENTARIA 1** - (5 meses de edad) Es el inicio del destete o ablactación, es decir, la introducción del niño a cualquier alimento diferente a la Leche Materna.



**DIETA COMPLEMENTARIA 2** – (DE 7 A 9 meses de edad) Es una dieta variada que ofrece todos los alimentos y preparaciones que suministran la energía necesaria para el crecimiento y todo el demás macro y micronutrientes que regulan todas las funciones orgánicas del menor.



**DIETA COMPLEMENTARIA 3:** Está indicada en Niños de 10 a 12 meses.

**NORMAL PEDIÁTRICA:** El objetivo de este tipo de dieta es ofrecer al niño una alimentación adecuada para su edad y así ayudar a fomentar hábitos apropiados y de este modo contribuir al buen desarrollo y crecimiento.



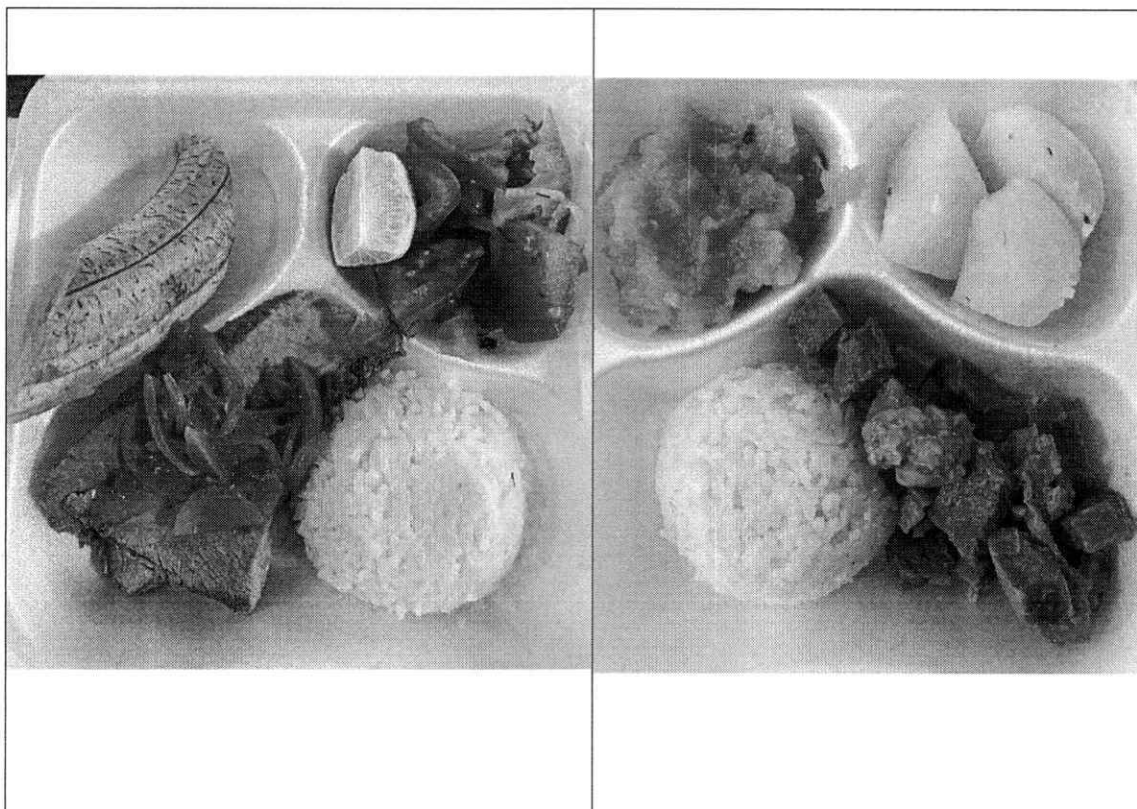


## 5. SERVICIOS DE ALIMENTOS

En esta área la actividad más importante es la supervisión de los diferentes procesos que se llevan a cabo durante la producción, suministro y distribución de los diferentes tipos de dietas ofrecidos por el servicio de alimentación.



## 6. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DETIPOS DE DIETAS OFRECIDAS EN EL SERVICIO.

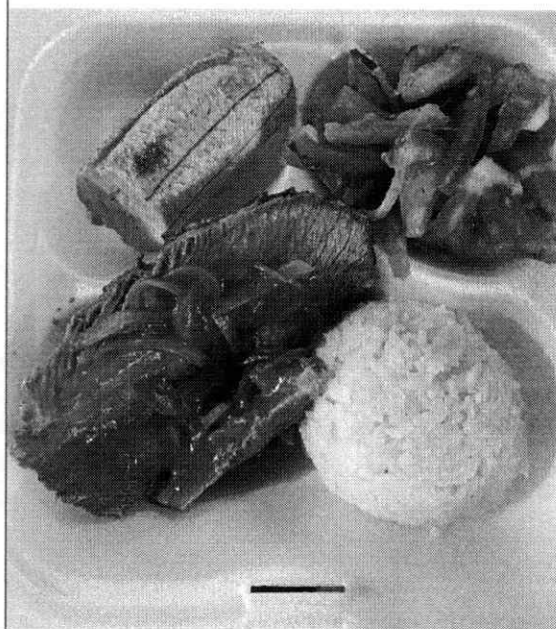


**Foto 1.** Dieta hiposódica cumple con lo establecido en el manual de dietas, donde refiere que el objetivo de la dieta es bajo aporte de sal.

En cuanto al análisis de las características organolépticas, si cumple satisfactoriamente con cada una de ellas ya que presenta un color, olor, sabor, textura y apariencia muy agradable al paladar, lo que es muy favorable porque permite saber que el paciente se va a sentir satisfecho al consumir el plato y de igual forma va a mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos.

**Foto 2.** Dieta Astringente La dieta analizada cumple con lo establecido en el manual de dietas libre de grasas, fritos, vegetales crudos baja en fibra.

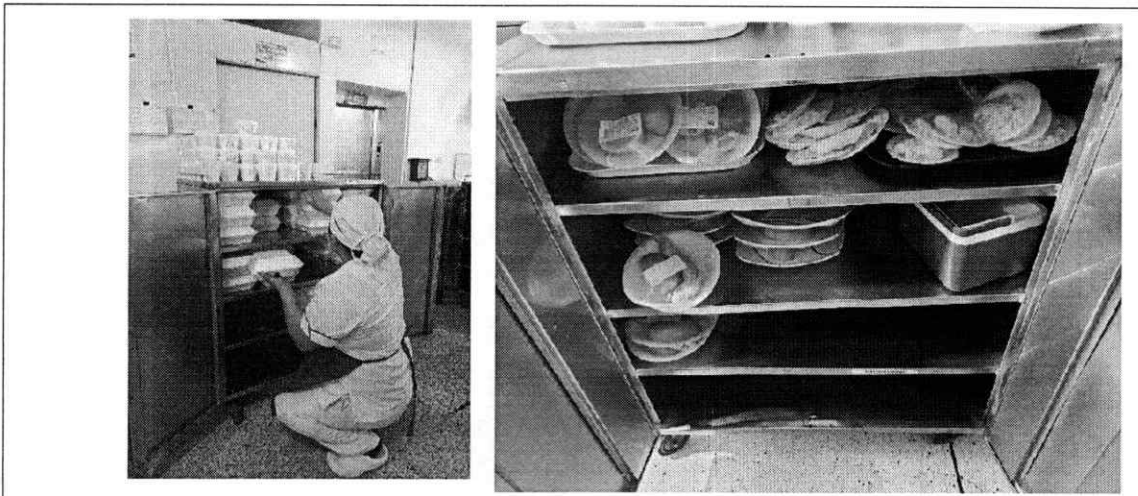
En cuanto al análisis de las características organolépticas, se cumple satisfactoriamente con cada una de ellas ya que presenta un color, olor, sabor, textura y apariencia muy agradable al paladar, lo que es muy favorable.



**Foto 3. Dieta hipoglucida- hiposodica**  
 La dieta analizada cumple con el tamaño de las porciones servidas, combina las características de la dieta hipoglucida y la hiposódica. Además, las características organolépticas evaluadas cumplen con buenos atributos sensoriales.

**Foto 4. Dieta normal.**  
 La dieta analizada cumple con los requerimientos establecidos, En cuanto a las características organolépticas se llega a la determinación de que cumple con las mismas, Lo que hace que sea agradable a la vista y paladar de los pacientes facilitando su consumo, lo cual tiene beneficios sobre su estado nutricional.

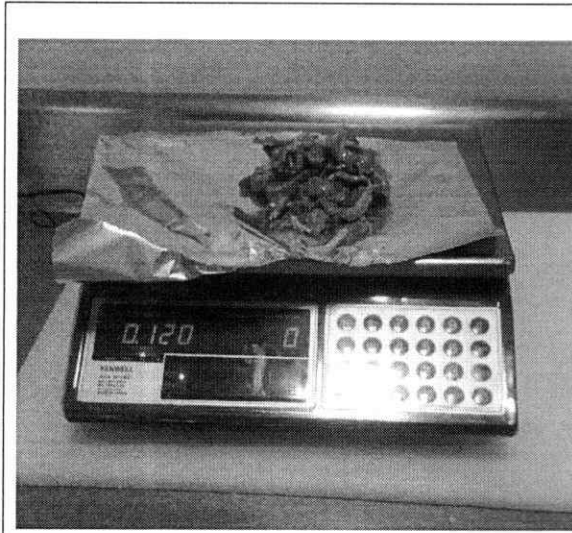
## 6. PERSONAL OPERATIVO



**Foto 5.** El personal que manipula alimentos en el servicio de alimentación utiliza las medidas de precaución en cuanto a cofia para cubrir cabello, tapabocas de forma adecuada y permanente contando así con el uso de tapabocas N95.

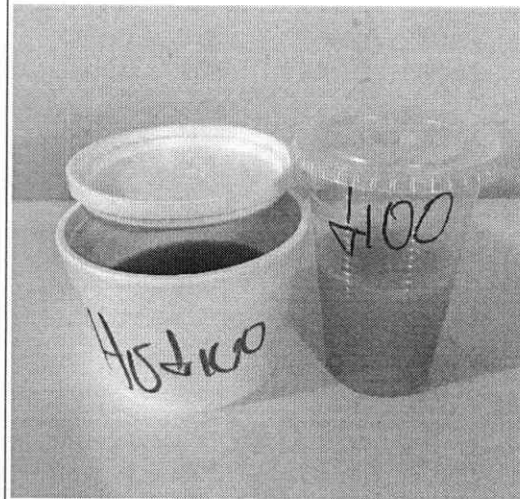
## 7. VERIFICACIÓN Y CONTROL DE GRAMAJE Y VOLUMEN

Se realiza control de gramaje de los diferentes alimentos para garantizar el aporte energético establecido para cada paciente.



**Foto 6. Control de gramaje.**

En cuanto al cumplimiento de los gramajes de acuerdo con las referencias establecidas, se puede evidenciar que cumplen con cantidad y calidad.



**Foto 7. Control de volumen.**

Se verifica el volumen correcto en las dietas con restricciones en líquidos de acuerdo con las solicitudes al servicio de alimentos.

## 8. TOMA DE MUESTRAS DIARIAS DE REFERENCIAS

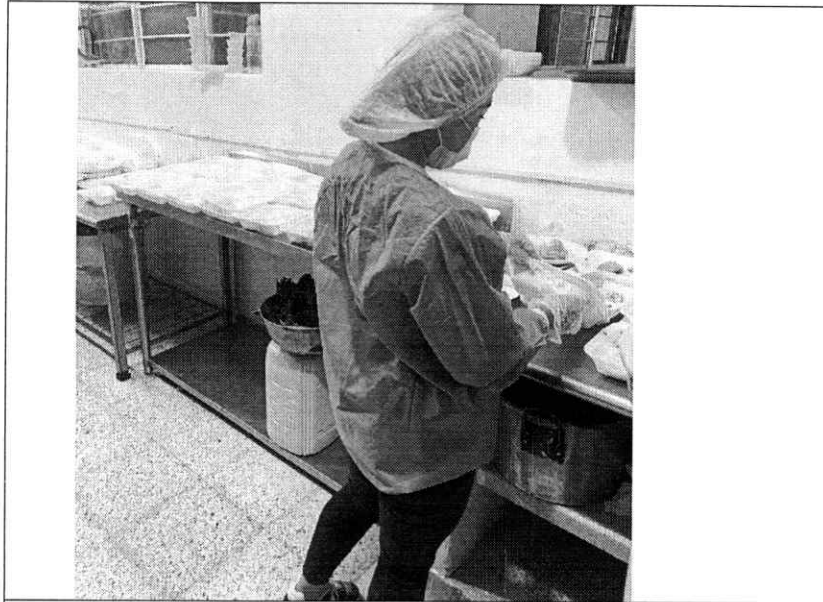
Diariamente en los tres servicios se realiza toma de muestras de referencia procedentes del menú con posterior almacenamiento en congelación por 72 horas, y así mismos se realiza su descarte separando los residuos orgánicos e inorgánicos.



**Foto 8.** Almacenamiento para congelación por 72 horas.

**Foto 9.** Separación de residuos.

## 9. VERIFICACIÓN DE DIETAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS



**Foto 10:** Verificación de dietas en el servicio de alimentación.



## 10. LACTARIO

En este espacio se lleva a cabo la preparación tanto de fórmulas lácteas como de nutriciones enterales cumpliendo con lo solicitado y llevando a cabo buenas prácticas de higiene e inocuidad para reducir al máximo el riesgo de contaminación cruzada.



### 11.1 SUMINISTRO DE COMPLEMENTOS NUTRICIONALES

Se verifica que cada producto suministrado corresponda cada paciente mediante la rotulación de este, se rotula teniendo en cuenta: fecha, hora, nombre del paciente, cama, dieta.

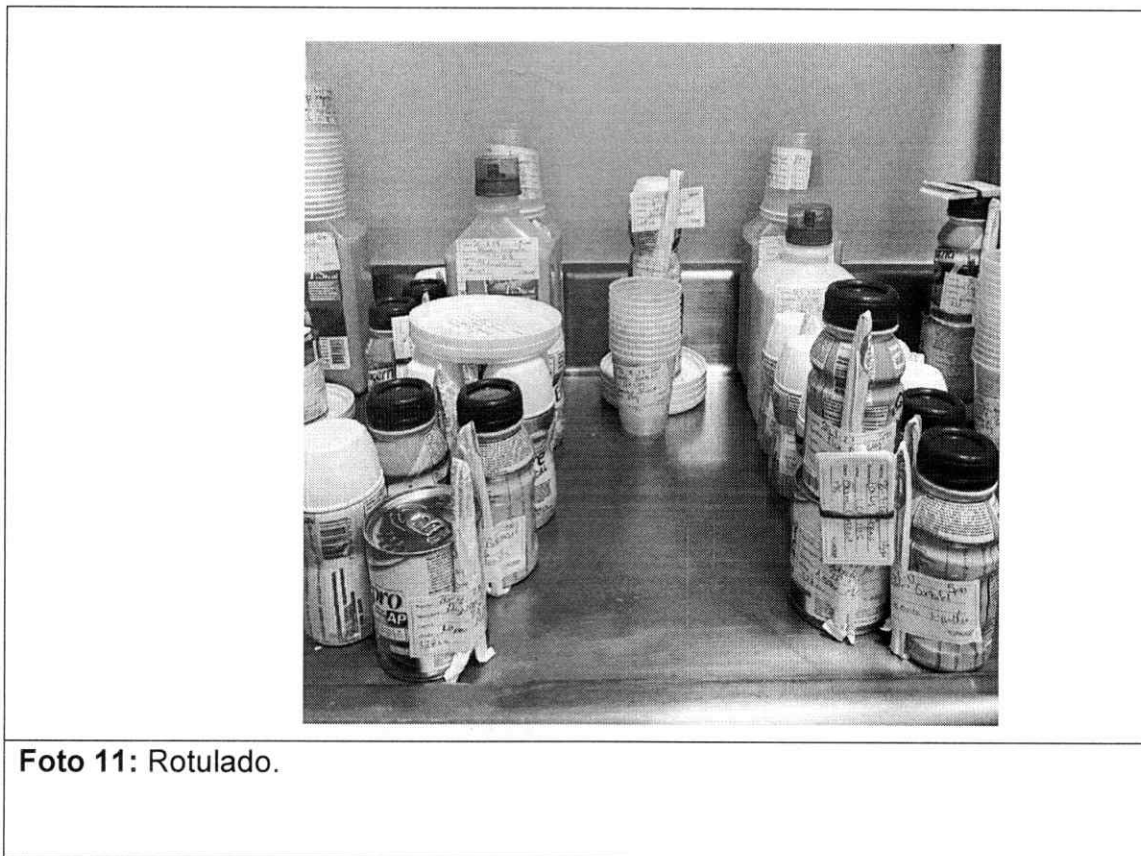


Foto 11: Rotulado.



## 11.2 PREPARACIÓN DE FORMULAS

Esta actividad se realiza bajo las medidas de higiene pertinentes usando los elementos de protección personal para la manipulación de las fórmulas infantiles y previo lavado y desinfección de los teteros.

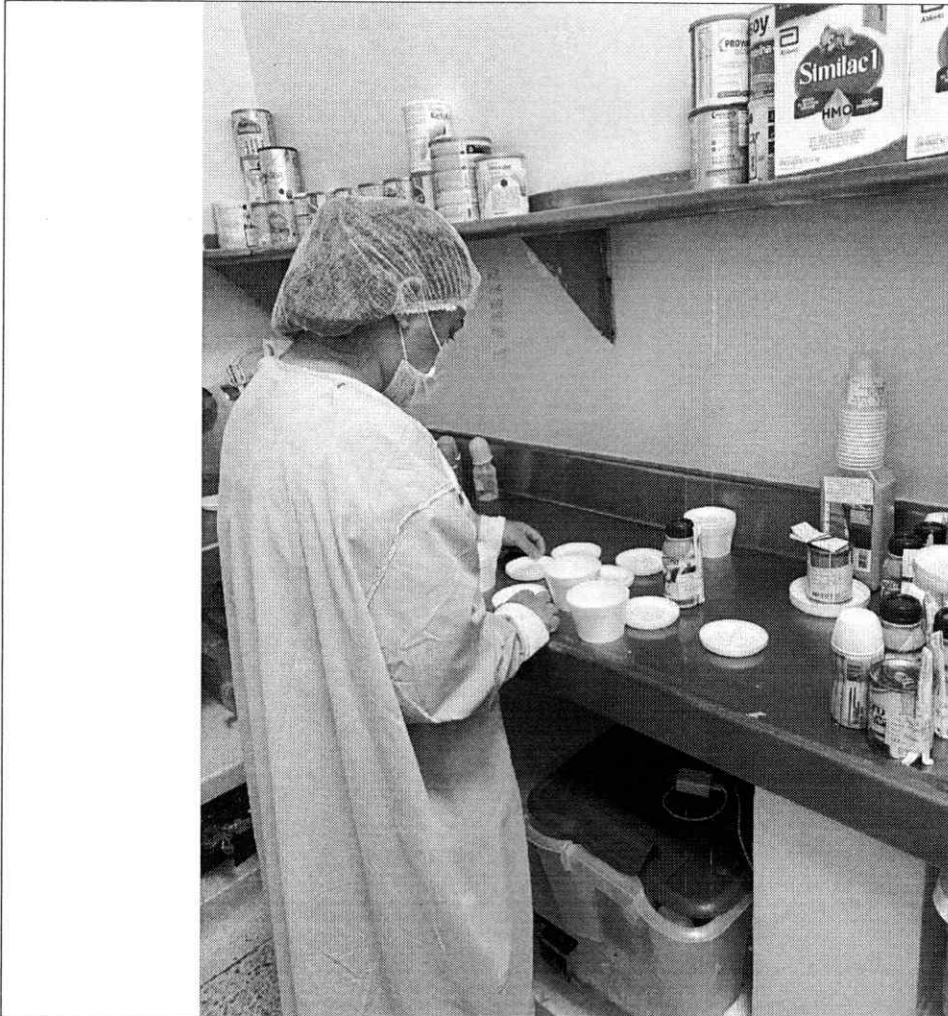


Foto 12: Elementos de protección personal en el lactario.



**Foto 13.** Control y educación en gramajes de las fórmulas infantiles suministradas por el lactario.



### 11.3 SEMAFORIZACIÓN Y ROTULACIÓN DE NUTRICIONES ENTERALES Y FORMULAS INFANTILES

De acuerdo con la recepción de las fórmulas se verifica fecha de recepción y fecha de vencimiento para rotulación, Teniendo presente que aquellas que se encuentren en uso solo pueden permanecer abiertos por un mes. Pasado este tiempo serán descartadas del lactario. Es por esto que se encuentran rotulados con información como nombre del producto, el número de lote, la fecha de recepción, fecha de apertura y el día en que se terminará de utilizar.



Foto 13: Formulas infantiles.



## 11. CONCLUSIÓN

Con base en el análisis de resultados de los tipos de dietas analizadas, se pudo evidenciar que cumplen con las características organolépticas según se percibe sabor, textura, olor, color y temperatura lo que la hace agradable a la vista y gusto de los pacientes, logrando así que no haya rechazo del paciente a la hora de su consumo.



*Anyily Lorena Martínez Cuellar*

**ANYILY LORENA MARTINEZ CUELLAR**

*Nutricionista dietista*

*Servicio de alimentos HDV*

*Soga de Colombia*

## INFORME ADMINISTRATIVO SOGA DE COLOMBIA

NIT.

900.451.723-6



### OBJETO DEL CONTRATO

Los servicios a todo costo de producción, suministro y distribución de dietas normales y terapéuticas y servicio de lactario para pacientes del hospital departamental de Villavicencio E.S.E.

### OBJETIVO INFORME ADMINISTRATIVO PARA HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E

El informe de gestión y resultados tiene como objetivo presentar las actividades realizadas en el periodo del 1 al 31 de marzo 2023 referente a las áreas de calidad, seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y talento humano, con el fin de dar cumplimiento con las especificaciones técnicas del presente contrato.

### PERIODO

1 al 31 de marzo 2023



## CONTENIDO

1. **TALENTO HUMANO**
  - 1.1 Personal de Planta
  - 1.2 Ingreso personal
  - 1.3 Incapacidades personales
2. **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
  - 2.1 Charlas y capacitaciones.
  - 2.2 Reuniones de personal
3. **SEGURIDAD ALIMENTARIA.**
  - 3.1 Toma de muestras de referencia.
  - 3.2 Muestras microbiológicas.
  - 3.3 Inspección interventora.
  - 3.4 Servicio de distribución de dietas.
  - 3.5 Plan de saneamiento básico.
  - 3.6 Jornada de aseo, centro de producción
4. **Administrativo**
  - 4.1 suministro de dietas
  - 4.2 suministro de enterales
  - 4.3 Refrigerios USCAO
  - 4.4 Encuestas de satisfacción

## 1. TALENTO HUMANO

### 1.1 PERSONAL DE PLANTA

Para la prestación del servicio de alimentación del presente contrato se dispone en forma permanente del siguiente personal:

- ✓ 1 Administrador.
- ✓ 1 Nutricionista.
- ✓ 1 Auxiliar Administrativo.
- ✓ 1 Chef.
- ✓ 1 Almacenista.
- ✓ 10 Auxiliares de cocina.
- ✓ 10 Auxiliares de distribución de alimentos.
- ✓ 4 Auxiliares de lactario.
- ✓ 3 Auxiliares de servicios generales.

Este personal cuenta con la formación requerida para cada cargo de acuerdo con las especificaciones del contrato y con las capacitaciones correspondientes a las buenas prácticas de manufactura, con el fin de garantizar la producción e inocuidad de todos los alimentos preparados.

### 1.2 NOVEDADES DE PERSONAL

Para el periodo del 1 al 31 de marzo 2023, se presenta ingreso de personal.

INGRESA	CARGO
LUZ MILI TORO	AUX. SERVICIOS GENERALES

### 1.3 INCAPACIDADES PERSONAL

Durante el periodo del 1 al 31 de marzo 2023 no se presentan novedades de incapacidad por parte del personal.



## 2. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



### 2.1 CHARLAS Y CAPACITACIONES

En el periodo del 1 al 31 de marzo 2023, se desarrollaron charlas y capacitaciones al personal con el fin de aplicar y dar cumplimiento al cronograma mensual.

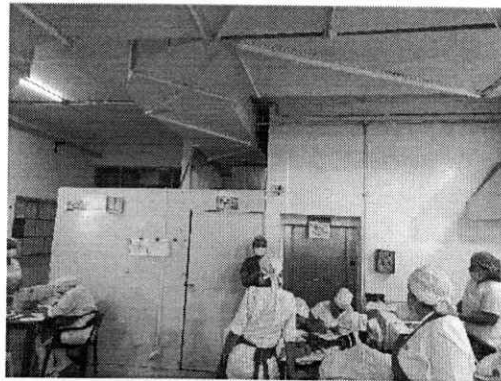


AREA	TEMAS PARA TRATAR	FECHA	EXPOSITOR
<b>SSTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Herramientas de trabajo</li> <li>*Primero auxilios en caso de quemaduras</li> <li>*ISO 9001-2015</li> <li>*Tipo de empaques</li> <li>*Intoxicación por alimentos</li> </ul>	4,6,10,14,29 DE MARZO DE 2023	ERIKA MORENO
<b>AMBIENTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Que es la protección ambiental</li> </ul>	2 DE MARZO DE 2023	ERIKA MORENO
<b>TALENTO HUMANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Conservación visual</li> <li>*acción correctiva</li> <li>*Ausentismo</li> <li>*Derechos del trabajador</li> <li>*Horas extras</li> <li>*Incapacidades</li> <li>*Sanciones disciplinarias al trabajador</li> <li>*Sentido de pertenencia</li> </ul>	8,15,20,21,22,23,24,25 DE MARZO DE 2023	ERIKA MORENO
<b>CALIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Rotulación de productos químicos</li> <li>*MEDEVAC</li> <li>*Para que sirve la calidad</li> <li>*ECOQUAT- Ficha técnica de alimentos</li> <li>*Patógeno ANISAKIS</li> <li>*Patógeno Salmonella</li> <li>*PVH</li> <li>*Solfresh</li> <li>*Patogeno Staphylococcus</li> <li>*Alergenos</li> </ul>	1,7,11,16,17,18,27,28,29,31 DE MARZO DE 2023	ERIKA MORENO
<b>INOCUIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Enfermedades transmitidas por alimentos</li> <li>*Recepción de alimentos</li> </ul>	9,13 DE MARZO DE 2023	ERIKA MORENO



### 13.2 Reuniones y charlas de capacitación al personal

Se reúne el personal en turno de forma diaria, capacitándolos y se retroalimentan sobre las novedades presentadas en la prestación de servicio, tomando las acciones de mejora pertinentes con el fin de mejorar en cada una de las diferentes áreas.



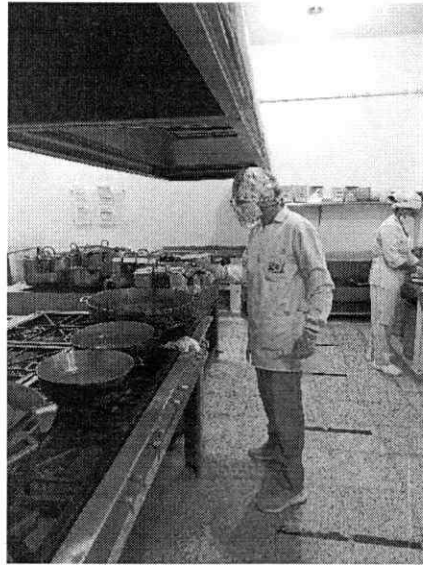
## 3. SEGURIDAD ALIMENTARIA

### 14.1 TOMA DE MUESTRAS DE REFERENCIA

Garantizando la inocuidad de los alimentos suministrados se realiza la toma de muestras de referencia de los alimentos preparados los cuales se dejan en custodia de congelación durante un tiempo de 72 horas, los cuales son debidamente rotulados con la información necesaria. Fecha de preparación, hora de toma de muestra, nombre del alimento, tiempo de comida, temperatura de la muestra, nombre del responsable de la toma, fecha de eliminación. esta práctica es supervisada por la nutricionista del servicio y supervisor.

Una vez se cumple el tiempo establecido de custodia de las muestras se procede a realizar el desecho de estas y continuo el diligenciamiento del formato HSEQ- R-52. Este diligenciamiento esta custodiado y supervisado por parte de la nutricionista del servicio y Administrador.

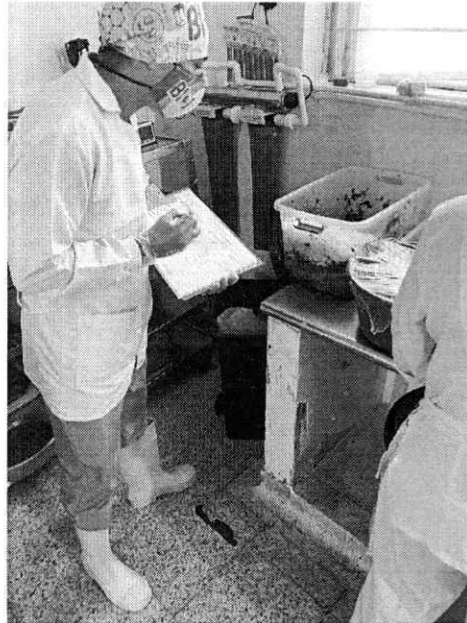




## Ensalada:

### Ensalada remolacha


Se realiza la toma de muestra de ensalada remolacha y zanahoria, la cual se preparó para el servicio del almuerzo en las dietas normales. Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.



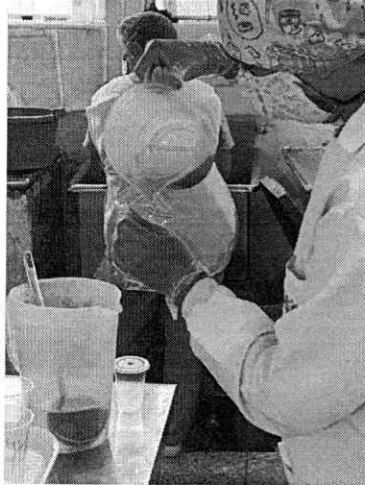
## Jugo de mango,

 [serviciocliente@sogadecolombia.com](mailto:serviciocliente@sogadecolombia.com)  
 +57 350 2847408  @SogidaColombia

 Carrera 10 # 11 - 40 barrio El Triunfo  
 Principal - Puerto Gaitán - Meta

 Carrera 4 # 17 - 04, barrio Villa Helena  
 Logística - Villavicencio - Meta

Se realiza la toma de muestra de Jugo de mango, el cual se preparó para el servicio del almuerzo en las dietas normales. Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.



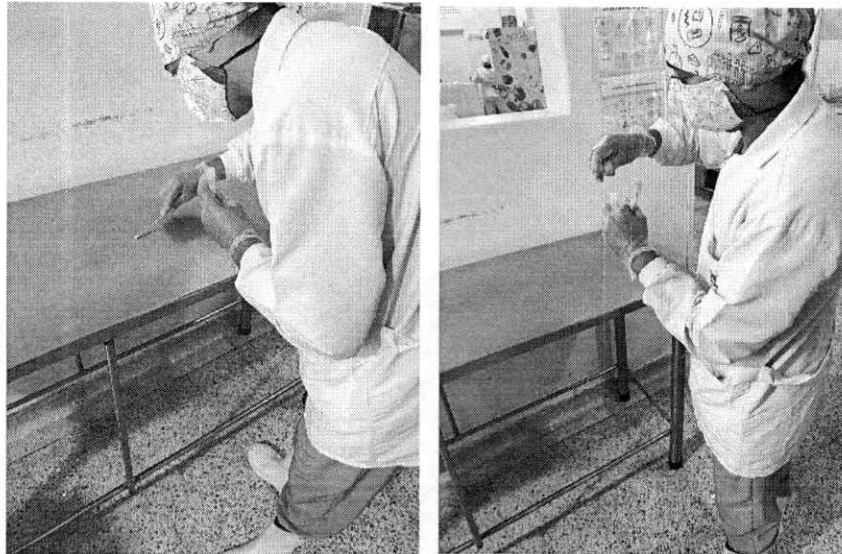
**Personal Manipulador:**

Se realiza muestra de manos limpias y desinfectadas, sin esmalte, uñas cortas y sin accesorios a la Sra. Carolina Chacón auxiliar de cocina. Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.



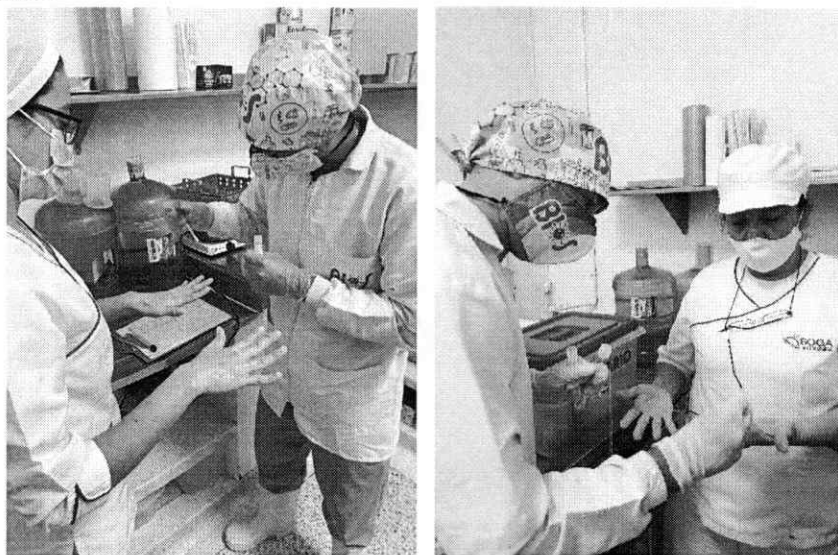
### Mesón de ensamble

Utensilijo limpio, desinfectado y en buen estado. Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.



### Análisis de Manipulador de Alimentos del área de Lactario:

Se realiza el debido protocolo de toma de muestras de las manos de la persona en turno manipuladora del área lactario Olga Lucia Cespedes, Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.



### Mesón de preparación de infantiles y enterales

Los resultados de las muestras realizadas cumplen con los parámetros microbiológicos establecidos.



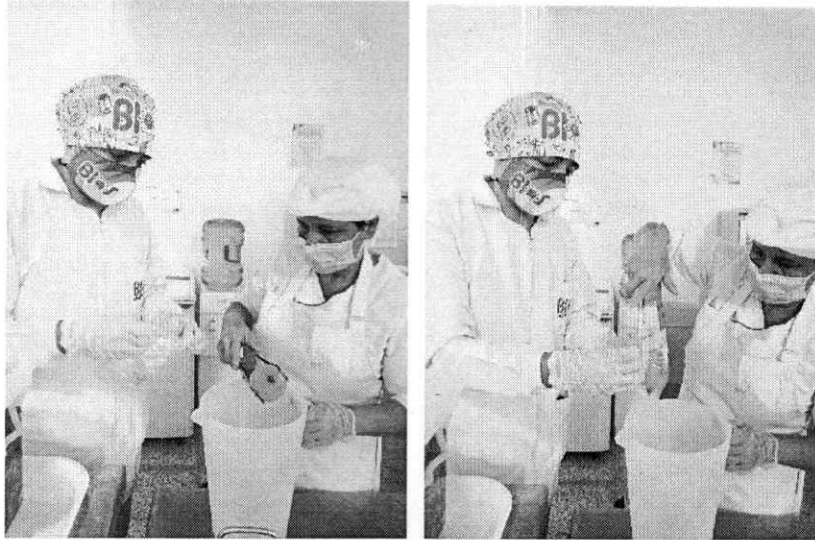
### Agua Potable

Se realiza la toma de muestra Agua filtro. Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.



**Fruta: Granadilla**

Se realiza la toma de muestra 1 granadilla. Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.



**Toma de Ambiente. MESON:**

Se realiza aspersion con desinfectante autorizado en el programa L&D. Como resultado la muestra analizada cumple con los parámetros microbiológicos establecidos en la normatividad vigente.

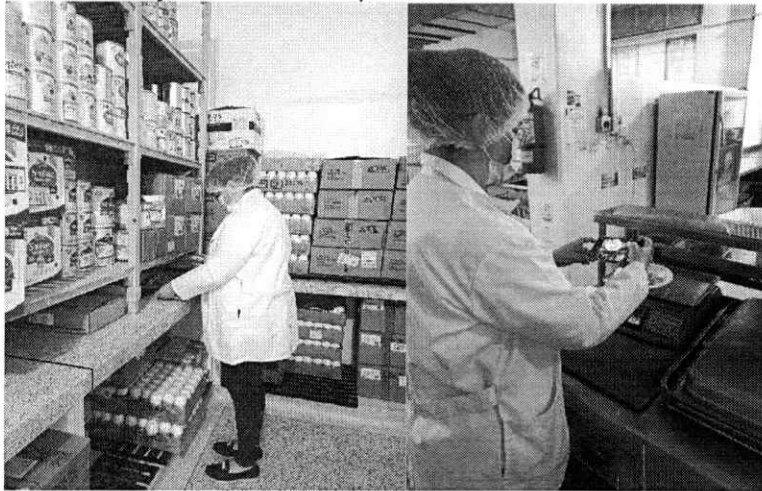


**Resultados de las muestras realizadas, cumple con la normatividad vigente.**

### 14.3 INSPECCION INTERVENTORIA

Se realizó inspección por parte de la interventora del HDV Dra. Marly Valencia, inspeccionando, centro de producción, bodegas de almacenamiento de materia prima, cuartos fríos, temperatura de los alimentos, rotulación de materia prima, gramaje de los alimentos, cumplimiento de requisitos en BPM, calidad e inocuidad de los alimentos.

Se reciben como parte del plan de mejoramiento continuo todas y cada una de las observaciones por parte de interventoría con el ánimo de mejorar nuestros procesos.



### 14.4 SERVICIO DE DISTRIBUCION DE DIETAS

Se mantiene los horarios de entrega de los diferentes servicios, el servicio de desayuno se empieza a distribuir de 7:30 am – 8:00 am, el almuerzo y la cena si presentan la distribución en el horario normal 11.45 am – 12:00 am y 5:00 pm – 5:15 pm respectivamente. Siempre preservando la calidad de los alimentos y garantizando al paciente que la dieta llegue en las mejores condiciones de temperatura y presentación. Contando con la respectiva verificación por parte del área de interventoría en la revisión de todos los servicios de dieta suministrados.

Se mantienen activos los protocolos de seguridad para evitar el contagio del covid- 19 al personal que realiza la distribución y entrega de dietas. Uso de tapabocas N-95.



El servicio se presta de manera eficaz y oportuna de acuerdo con las necesidades de cada uno de los pacientes.

Se garantizan los alimentos a los pacientes, entregando el producto final con buena calidad y organolépticamente aceptable, realizando con excelencia y ensamble de las dietas.

#### 14.5 PLAN DE SANEAMIENTO BÁSICO

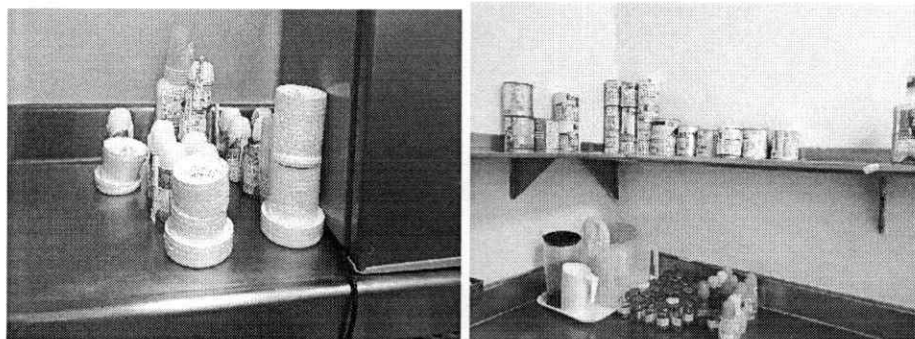
La empresa cuenta con una acreditación en BPM, avalada y certificada por SGS (certificado CO19/8761) para las siguientes actividades:

- Diseño y desarrollo de recetas.
- Preparación, distribución y transporte de alimentos.
- Administración de alojamientos.
- Aseo en general

Cuenta con un plan de saneamiento básico conformado por:

- **Programa de trazabilidad.**

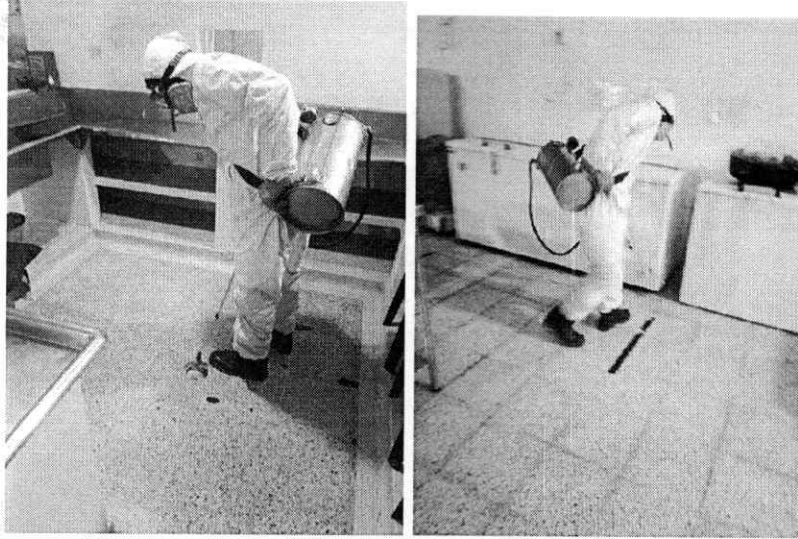
Garantizar la rotación de materia prima, cumpliendo con la semaforización



- **Programa de manejo integrado de plagas.**

Dando cumplimiento al programa de saneamiento básico el día 25 de marzo 2023 se realiza manejo integrado de plagas por medio de aspersión y se colocó gel y trampas en bodega de abarrotes, víveres, cocina caliente, prea listado, cocina fría y oficina administrativa.

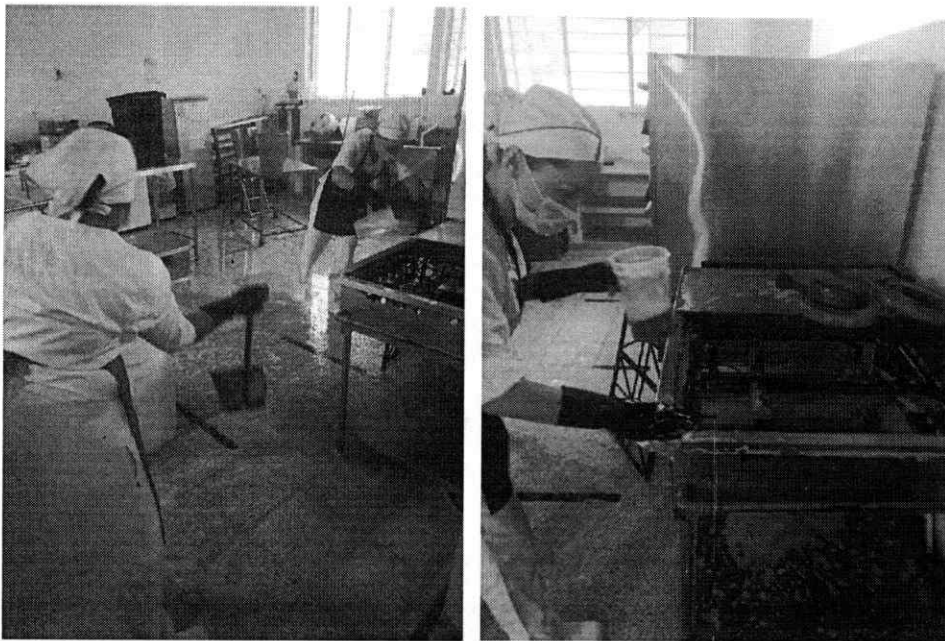


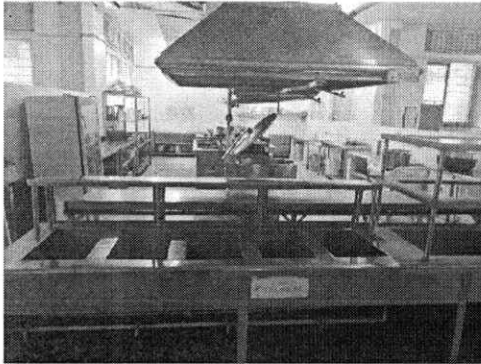


#### 14.6 JORNADA DE ASEO, CENTRO DE PRODUCCION Y LACTARIO

Los sábados el personal en turno, se encarga de realizar aseo general a cada una de las áreas de acuerdo con su sitio de trabajo, se utilizan los elementos de protección personal adecuados.

**CENTRO DE PRODUCCION**, evidencia fotografica.





LACTARIO, evidencia fotografica.



INFORME ELABORADO POR:

*Erika Moreno*

**ERIKA MORENO**

Supervisora Servicio de Alimentos HDV  
Soga de Colombia S.A.S



**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo* TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

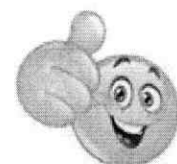
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!**





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE  
VILLAVICENCIO E.S.E.

CODIGO  
FR-SA-04

VERSION  
1

PAGINA  
1 de 1

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION  
SERVICIO DE ALIMENTOS

FECHA VIGENCIA  
30/06/2021

### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo* TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

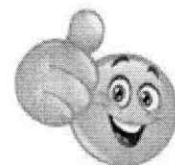
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!





**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Junio* TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

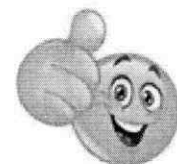
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!**





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Dos horas*

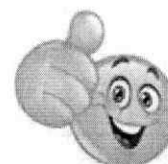
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?			
¿La comida llego a la hora indicada?			
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?			
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?			
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?			
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?			
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?			
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?			
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?			

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

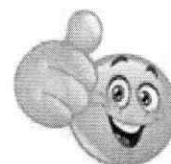
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!



**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

**MES:** *Marzo*

**TIEMPO DE COMIDA:** *Desayuno*

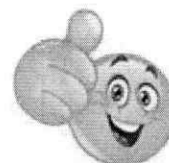
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
	<b>BUENA</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALA</b>
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!**





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	CODIGO FR-SA-04	VERSION 1	PAGINA 1 de 1
FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION SERVICIO DE ALIMENTOS		FECHA VIGENCIA 30/06/2021	

### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: <i>Junio</i>	TIEMPO DE COMIDA: <i>Desayuno</i>
-------------------	-----------------------------------

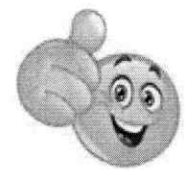
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!**





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

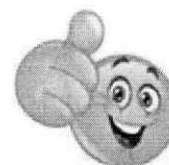
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	CODIGO FR-SA-04	VERSION 1	PAGINA 1 de 1
FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION SERVICIO DE ALIMENTOS	FECHA VIGENCIA 30/06/2021		

### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Junio*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

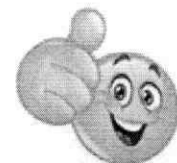
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?			
¿La comida llego a la hora indicada?			
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?			
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?			
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?			
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?			
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?			
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?			
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?			

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!






























**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

**MES:** *Marzo*

**TIEMPO DE COMIDA:** *Desayuno*

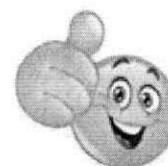
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?			
¿La comida llego a la hora indicada?			
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?			
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?			
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?			
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?			
	<b>BUENA</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALA</b>
¿Cómo le parece la presentación de la comida?			
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?			
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?			

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!**





**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

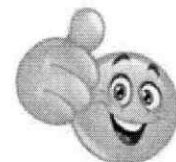
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!**





**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!**





**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Junio*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

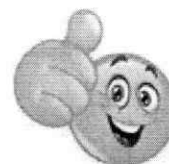
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!**





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	CODIGO FR-SA-04	VERSION 1	PAGINA 1 de 1
FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION SERVICIO DE ALIMENTOS	FECHA VIGENCIA 30/06/2021		

### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo* TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	CODIGO FR-SA-04	VERSION 1	PAGINA 1 de 1
FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION SERVICIO DE ALIMENTOS	FECHA VIGENCIA 30/06/2021		

### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo* TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

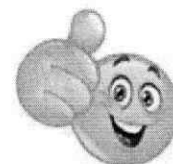
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!





**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

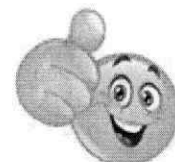
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!**





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Junio*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

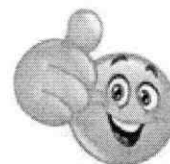
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!



**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

**MES:** *Marzo*

**TIEMPO DE COMIDA:** *Desayuno*

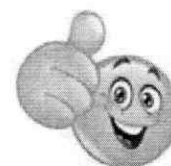
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?			
¿La comida llego a la hora indicada?			
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?			
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?			
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?			
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?			
	<b>BUENA</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALA</b>
¿Cómo le parece la presentación de la comida?			
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?			
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?			

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!**





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

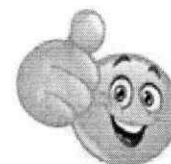
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!





**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Abril*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

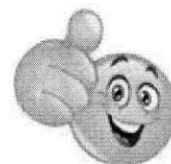
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!**





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Jun 20*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

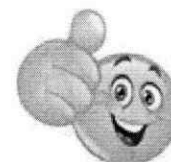
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!





**PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN**

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

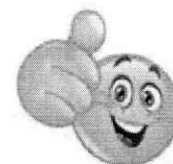
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COMENTARIOS:**

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

**GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!**





### PARA MEJORAR EL SERVICIO ES MUY IMPORTANTE CONOCER SU OPINIÓN

El Hospital Departamental de Villavicencio en pro de la mejora de servicios que se brindan a los pacientes del HDV; solicita de su cooperación para responder la presente encuesta en relación a la alimentación y servicio que ofrece el operador de alimentos.

MES: *Marzo*

TIEMPO DE COMIDA: *Desayuno*

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
¿La comida es servida caliente y fresca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida llego a la hora indicada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los alimentos son servidos de forma higiénica?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comida que le sirven se ve y sabe a rico?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La disponibilidad de utensilios, servilletas, cubiertos... fue correcta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo le parece la presentación del personal que suministra la alimentación?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	BUENA	REGULAR	MALA
¿Cómo le parece la presentación de la comida?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El trato de las personas encargadas de la distribución hacia usted es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En general la alimentación brindada en el HDV es?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### COMENTARIOS:

**Nota:** La información aquí suministrada será tratada de forma confidencial y será utilizada para procesos de mejora continua.

Los pacientes encuestados deben tener más de un (1) día de estadía en el HDV y consumir dieta normal.

GRACIAS POR SU OPINION!!!!!!

