ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Código: FOR-PSS-584 Versión: 1 Fecha: Memo I2023036946 – 28/11/2023 Página: 1 de 1

FECHA	DD	MM	AAAA	Unidad Operativa:

La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la prestación del servicio en las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado, con el fin de identificar e implementar acciones de mejora que permitan brindar un servicio con calidad y oportunidad para las personas mayores.

Por lo anterior, lo invitamos a contestar las siguientes preguntas teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan y el cómo usted se siente con ellas:

CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 REGULAR	1 MALO
¿CÓMO CALIFICA USTED?			
AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS			
1. ¿Orden y limpieza en las habitaciones?	4		
2. ¿Orden y limpieza en las zonas comunes?		4	
3. ¿Organización y funcionamiento del Centro?		4	
4. ¿Seguridad de las áreas del centro se encuentran libres de obstáculos y garantizan su traslado de un lugar a otro?	4		
5. ¿Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro?		4	
6. ¿La iluminación del centro?	4		
7. ¿Los espacios del centro son aireados?	4		
8. ¿El estado de dotación de dormitorio (camas, mesas de noche, cobijas y almohadas)?	4		
9. ¿El espacio destinado para el comedor?	4		
10. ¿Cómo son los espacios destinados a la realización de los encuentros o actividades?	4		
11. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	4		
12. ¿La calidad de los elementos de aseo que recibe?	4		
13 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	4		
14. ¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?	4		
NUTRICIÓN			
15 ¿ Alimentación proporcionada en el centro?	4		
16. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	4		
17. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad de los alimentos?	4		
18. ¿Cuál es su percepción con relación al sabor de los alimentos?	4		
19. ¿Cuál es su percepción con relación a la temperatura de los alimentos?	4		
20. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	4		
21. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, cena) ?	4		
22. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	4		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
23. ¿Las actividades/encuentros que se desarrollan?	4		
24. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	4		
25. ¿La convivencia al interior del centro?		4	
26. ¿Cómo califica usted los mecanismos para dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación al servicio?			4
27. ¿Los horarios establecidos para comunicarse telefónicamente con su red de apoyo familiar o social?	4		
28 ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	4		
29. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene, vestido, etc.)?	4		
30. ¿La rapidez con que se atiende sus necesidades?	4		
31. ¿Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	4		
32. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	4		
33. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio?	4		

OBSERVACIONES	

Powered by CamScanner

Betty 29/02/24

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Código: FOR-PSS-584 Versión: 1 Fecha: Memo I2023036946 – 28/11/2023 Página: 1 de 1

FECHA	DD	MM	AAAA	Unidad Operativa:

La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la prestación del servicio en las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado, con el fin de identificar e implementar acciones de mejora que permitan brindar un servicio con calidad y oportunidad para las personas mayores.

Por lo anterior, lo invitamos a contestar las siguientes preguntas teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan y el cómo usted se siente con ellas:

CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 REGULAR	1 MALO
¿CÓMO CALIFICA USTED?			
AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS			
1. ¿Orden y limpieza en las habitaciones?	✓		
2. ¿Orden y limpieza en las zonas comunes?	✓		
3. ¿Organización y funcionamiento del Centro?	✓		
4. ¿Seguridad de las áreas del centro, se encuentran libres de obstáculos y garantizan su traslado de un lugar a otro?	✓		
5. ¿Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro?	✓		
6. ¿La iluminación del centro?	✓		
7. ¿Los espacios del centro son aireados?	✓		
8. ¿El estado de dotación de dormitorio (camas, mesas de noche cobijas y almohadas)?	✓		
9. ¿El espacio destinado para el comedor?	✓		
10. ¿Cómo son los espacios destinados a la realización de los encuentros o actividades?	✓		
11. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	✓		
12. ¿La calidad de los elementos de aseo que recibe?	✓		
13 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	✓		
14. ¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?	✓		
NUTRICIÓN			
15.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	✓		
16. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	✓		
17. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad de los alimentos?	✓		
18. ¿Cuál es su percepción con relación al sabor de los alimentos?	✓		
19. ¿Cuál es su percepción con relación a la temperatura de los alimentos?	✓		
20. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	✓		
21. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, cena) ?	✓		
22. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	✓		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
23. ¿Las actividades/encuentros que se desarrollan?	✓		
24. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	✓		
25. ¿La convivencia al interior del centro?	✓		
26. ¿Cómo califica usted los mecanismos para dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación al servicio?	✓		
27. ¿Los horarios establecidos para comunicarse telefónicamente con su red de apoyo familiar o social?	✓		
28.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	✓		
29. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación higiene, vestido, etc.)?	✓		
30. ¿La rapidez con que se atiende sus necesidades?		✓	
31. ¿Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	✓		
32. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	✓		
33. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio?	✓		

OBSERVACIONES	

Powered by CamScanner

Gustavo 27/02/24

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Código: FOR-PSS-584 Versión: 1 Fecha: Memo I2023036946 – 28/11/2023 Página: 1 de 1

FECHA	DD	MM	AAAA	Unidad Operativa:

La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la prestación del servicio en las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado, con el fin de identificar e implementar acciones de mejora que permitan brindar un servicio con calidad y oportunidad para las personas mayores.

Por lo anterior, lo invitamos a contestar las siguientes preguntas teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan y el cómo usted se siente con ellas:

CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 REGULAR	1 MALO
¿CÓMO CALIFICA USTED?			
AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS			
1. ¿Orden y limpieza en las habitaciones?	✓		
2. ¿Orden y limpieza en las zonas comunes?	✓		
3. ¿Organización y funcionamiento del Centro?	✓		
4. ¿Seguridad de las áreas del centro, se encuentran libres de obstáculos y garantizan su traslado de un lugar a otro?	✓		
5. ¿Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro?	✓		
6. ¿La iluminación del centro?	✓		
7. ¿Los espacios del centro son aireados?	✓		
8. ¿El estado de dotación de dormitorio (camas, mesas de noche, cobijas y almohadas)?	✓		
9. ¿El espacio destinado para el comedor?	✓		
10. ¿Cómo son los espacios destinados a la realización de los encuentros o actividades?	✓		
11. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	✓		
12. ¿La calidad de los elementos de aseo que recibe?	✓		
13 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	✓		
14. ¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?	✓		
NUTRICIÓN			
15.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	✓		
16. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	✓		
17. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad de los alimentos?	✓		
18. ¿Cuál es su percepción con relación al sabor de los alimentos?	✓		
19. ¿Cuál es su percepción con relación a la temperatura de los alimentos?	✓		
20. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	✓		
21. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, cena) ?	✓		
22 ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	✓		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
23. ¿Las actividades/encuentros que se desarrollan?	✓		
24. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	✓		
25. ¿La convivencia al interior del centro?	✓		
26. ¿Cómo califica usted los mecanismos para dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación al servicio?	✓		
27. ¿Los horarios establecidos para comunicarse telefónicamente con su red de apoyo familiar o social?	✓		
28 ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	✓		
29 ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene vestido, etc)?	✓		
30 ¿La rapidez con que se atiende sus necesidades?	✓		
31 ¿Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	✓		
32 ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	✓		
33. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio?	✓		

OBSERVACIONES	

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Código: FOR-PSS-584 Versión: 1 Fecha: Memo I2023036946 – 28/11/2023 Página: 1 de 1

FECHA	DD	MM	AAAA	Unidad Operativa:

La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la prestación del servicio en las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado, con el fin de identificar e implementar acciones de mejora que permitan brindar un servicio con calidad y oportunidad para las personas mayores.

Por lo anterior, lo invitamos a contestar las siguientes preguntas teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan y el cómo usted se siente con ellas:

CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 REGULAR	1 MALO
¿CÓMO CALIFICA USTED?			
AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS			
1. ¿Orden y limpieza en las habitaciones?	X		
2. ¿Orden y limpieza en las zonas comunes?	X		
3. ¿Organización y funcionamiento del Centro?	X		
4. ¿Seguridad de las áreas del centro, se encuentran libres de obstáculos y garantizan su traslado de un lugar a otro?	X		
5. ¿Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro?	X		
6. ¿La iluminación del centro?	X		
7. ¿Los espacios del centro son aireados?	X		
8. ¿El estado de dotación de dormitorio (camas, mesas de noche, cobijas y almohadas)?	X		
9. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
10. ¿Cómo son los espacios destinados a la realización de los encuentros o actividades?	X		
11. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
12. ¿La calidad de los elementos de aseo que recibe?	X		
13. ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
14. ¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
15. ¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
16. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
17. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad de los alimentos?	X		
18. ¿Cuál es su percepción con relación al sabor de los alimentos?	X		
19. ¿Cuál es su percepción con relación a la temperatura de los alimentos?	X		
20. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
21. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, cena) ?	X		
22. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
23. ¿Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
24. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
25. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
26. ¿Cómo califica usted los mecanismos para dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación al servicio?	X		
27. ¿Los horarios establecidos para comunicarse telefónicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
28. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
29. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene, vestido, etc)?	X		
30. ¿La rapidez con que se atiende sus necesidades?	X		
31. ¿Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
32. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
33. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio?	X		

OBSERVACIONES	

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Código: FOR-PSS-584 Versión: 1 Fecha: Memo I2023036946 – 28/11/2023 Página: 1 de 1

FECHA	DD	MM	AAAA	Unidad Operativa:

La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la prestación del servicio en las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado, con el fin de identificar e implementar acciones de mejora que permitan brindar un servicio con calidad y oportunidad para las personas mayores.

Por lo anterior, lo invitamos a contestar las siguientes preguntas teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan y el cómo usted se siente con ellas:

CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 REGULAR	1 MALO
¿CÓMO CALIFICA USTED?			
AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS			
1. ¿Orden y limpieza en las habitaciones?	4		
2. ¿Orden y limpieza en las zonas comunes?	4		
3. ¿Organización y funcionamiento del Centro?	4		
4. ¿Seguridad de las áreas del centro, se encuentran libres de obstáculos y garantizan su traslado de un lugar a otro?	4		
5. ¿Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro?	4		
6. ¿La iluminación del centro?	4		
7. ¿Los espacios del centro son aireados?	4		
8. ¿El estado de dotación de dormitorio (camas, mesas de noche, cobijas y almohadas)?	4		
9. ¿El espacio destinado para el comedor?		4	
10. ¿Cómo son los espacios destinados a la realización de los encuentros o actividades?	4		
11. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	4		
12. ¿La calidad de los elementos de aseo que recibe?	4		
13 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	4		
14. ¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?	4		
NUTRICIÓN			
15. ¿ Alimentación proporcionada en el centro?		4	
16. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	4		
17. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad de los alimentos?	4		
18. ¿Cuál es su percepción con relación al sabor de los alimentos?		4	
19. ¿Cuál es su percepción con relación a la temperatura de los alimentos?		4	
20. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	4		
21. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, cena) ?	4		
22. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	4		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
23. ¿Las actividades/encuentros que se desarrollan?	4		
24. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?		4	
25. ¿La convivencia al interior del centro?	4		
26. ¿Cómo califica usted los mecanismos para dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación al servicio?	4		
27. ¿Los horarios establecidos para comunicarse telefónicamente con su red de apoyo familiar o social?	4		
28. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	4		
29. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene, vestido, etc.)?	4		
30. ¿La rapidez con que se atiende sus necesidades?		4	
31. ¿Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	4		
32. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	4		
33. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio?	4		

OBSERVACIONES	

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Código: FOR-PSS-584 Versión: 1 Fecha: Memo I2023036946 – 28/11/2023 Página: 1 de 1

FECHA	DD	MM	AAAA	Unidad Operativa:

La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la prestación del servicio en las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado, con el fin de identificar e implementar acciones de mejora que permitan brindar un servicio con calidad y oportunidad para las personas mayores.

Por lo anterior, lo invitamos a contestar las siguientes preguntas teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan y el cómo usted se siente con ellas:

CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 REGULAR	1 MALO
¿CÓMO CALIFICA USTED?			
AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS			
1. ¿Orden y limpieza en las habitaciones?	X		
2. ¿Orden y limpieza en las zonas comunes?	X		
3. ¿Organización y funcionamiento del Centro?	X		
4. ¿Seguridad de las áreas del centro se encuentran libres de obstáculos y garantizan su traslado de un lugar a otro?	X		
5. ¿Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro?	X		
6. ¿La iluminación del centro?	X		
7. ¿Los espacios del centro son aireados?	X		
8. ¿El estado de dotación de dormitorio (camas, mesas de noche, cobijas y almohadas)?	X		
9. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
10. ¿Cómo son los espacios destinados a la realización de los encuentros o actividades?	X		
11. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
12. ¿La calidad de los elementos de aseo que recibe?		X	
13 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
14. ¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
15. ¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
16. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
17. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad de los alimentos?	X		
18. ¿Cuál es su percepción con relación al sabor de los alimentos?	X		
19. ¿Cuál es su percepción con relación a la temperatura de los alimentos?		X	
20. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
21. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, cena) ?	X		
22. ¿El estado (limpieza aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
23. ¿Las actividades/encuentros que se desarrollan?		X	
24. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
25. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
26. ¿Cómo califica usted los mecanismos para dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación al servicio?	X		
27. ¿Los horarios establecidos para comunicarse telefónicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
28. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
29. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentacion, higiene, vestido, etc)?	X		
30. ¿La rapidez con que se atiende sus necesidades?		X	
31. ¿Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
32. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
33. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio?	X		

OBSERVACIONES	

Powered by CamScanner