ACTA N° 613 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CASA SANTA MARIA-2022

FECHA: Bogotá, abril 05 de 2022

HORA: 3:00 p.m. – 4:30 p.m.

LUGAR: Centro comunidad de cuidado hogar casa Santa María

TEMA: Socialización de encuesta de la percepción del servicio

ASISTENTES: Equipo profesional centro comunidad de cuidado Hogar casa santa María y personas mayores.

ORDEN DEL DÍA:

1. Definición de objetivo de la actividad.
2. Descripción de la Introducción de la actividad.
3. Descripción de actividades desarrolladas.
4. Definición de materiales.
5. Definición de Compromisos.
6. Anexos

DESARROLLO:

1. Definición del objetivo de la actividad

Socializar la encuesta de percepción del servicio Centro Comunidad de cuidado Hogar Casa Santa María que se aplicara a las personas con discapacidad, haciendo énfasis en la importancia de participar de manera activa, así como la aplicación del formato de encuesta, describiendo los

aspectos positivos y negativos del funcionamiento y organización del centro, que permitan conocer las necesidades de la población y generar acciones de mejora.

2. Descripción de la Introducción de la actividad.

La actividad se ejecuta en dos momentos, inicialmente se realiza la socialización de los aspectos a evaluar con la encuesta de percepción del servicio, como son ambientes adecuados y seguros, nutrición y atención integral y gestión administrativa.

3. Descripción de actividades desarrolladas.

- Se realiza la socialización de la encuesta de percepción del servicio, presentando cada una de las preguntas de los aspectos a evaluar como son ambientes adecuados y seguros, nutrición y atención integral y gestión administrativa de la siguiente manera:

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)?

9a. ¿El espacio destinado para el comedor?

9b. ¿Como son los espacios destinados para la realización de los encuentros, actividades?

10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?

11. ¿La calidad de los elementos de aseo que recibe?

12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?

13. ¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?

NUTRICION

14. ¿Alimentación proporcionada en el centro?

15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?

16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?

17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, cena)

18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?

ATENCION INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA

19. ¿Las actividades/encuentros que se desarrollan?

20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?

21. ¿La convivencia al interior del centro?

22. ¿Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a la modalidad? ¿Si es afirmativa como los califica?

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefónicamente con su red de apoyo familiar o social?

24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?

25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados

(¿alimentación, higiene, vestido...?)

26. ¿La rapidez con que se atiende sus necesidades?

27. ¿Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?

28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?

29. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio- Modalidad?

- Aclaración de dudas e inquietudes sobre la encuesta de percepción del servicio Centro Comunidad de cuidado Hogar Casa Santa María
- Aplicación de encuesta de percepción del servicio Centro Comunidad de cuidado Hogar Casa Santa María

Se realiza la aplicación de 48 encuestas de percepción del servicio Centro Comunidad de cuidado Hogar Casa Santa María, registrando la opinión de cada persona; es de aclarar que las dos encuentras faltantes son de: primero de una persona que fue trasladada (Alberto Osorio) el día 04 de abril de 2022 y que al no encontrarse no la responde y la segunda es de otra persona que se encuentra hospitalizada (Guillermo Alfonso) en el hospital simón Bolívar desde el 11 de marzo de 2022 por presentar accidente cardiovascular.

- Resultados de encuesta de percepción del servicio Centro Comunidad de cuidado Hogar Casa Santa María

Después de la aplicación del formulario de encuesta se obtuvo los siguientes resultados:

Encuesta de Satisfacción				
Pregunta	Bueno	Malo	Regular	Total
1	48	0	0	48
2	48	0	0	48
3	48	0	0	48
4	48	0	0	48
5	35	0	13	48
6	44	0	4	48
7	48	0	0	48
8	48	0	0	48
9A	48	0	0	48
9B	48	0	0	48
10	48	0	0	48
11	48	0	0	48
12	48	0	0	48
13	35	5	8	48
14	14	14	20	48
15	40	0	8	48
16	15	0	33	48
17	48	0	0	48
18	48	0	0	48
19	48	0	0	48

20	48	0	0	48
21	10	13	25	48
22	48	0	0	48
23	48	0	0	48
24	48	0	0	48
25	48	0	0	48
26	48	0	0	48
27	48	0	0	48
28	48	0	0	48
29	48	0	0	48



Como se evidencia en la grafica se identificaron algunos aspectos como regulares o malos que están relacionados con la percepción que tienen las personas mayores sobre:

Pregunta 5

¿Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro?

Frente a este punto 13 personas mayores manifiestan que el ingreso y egreso es en ocasiones difícil debido a que no existen varias rutas del sistema de transporte que faciliten sus desplazamientos y al momento que requieren hacer salidas, requieren acompañamiento obligatorio del personal del centro comunidad de cuidado Hogar Casa Santa Maria.

Pregunta 13

¿El servicio de lavado, organización y entrega de la ropa?

La observación la realizan las personas mayores es respecto a la entrega de ropa después del lavado, existe la inconformidad de 8 personas que califican el servicio como regular y 5 personas mayores que consideran que el servicio es malo, esto debido a que afirman haber entregado ropa marcada la cual no ha retornado, descompletando su dotación y vestuario. Igualmente manifiestan su inconformidad en la demora para la devolución de sus toallas marcadas que requieren en el momento del baño.

Pregunta 14

¿Alimentación proporcionada en el centro?

Al consultar el tema de la alimentación en el centro 20 personas mayores lo califican como regular y 14 personas consideran que el servicio es malo, esto debido a que hay poca variedad en los menús, repitiendo varias veces a la semana los mismos alimentos.

Pregunta 15

¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?

Respecto a la percepción sobre la cantidad de alimentos servidos, en el centro hay 8 personas mayores que lo califican como regular y 14 personas consideran que el servicio es malo, debido en el servido, adicionan cantidades de algunas verduras como la calabaza y la ahuyama que son

alimentos que poco agradan a la mayoría de la población y sin embargo les sirven grandes cantidades, adicionalmente refieren que en la cena la cantidad de alimento suministrado es poca, para los requerimientos físicos de las personas mayores.

Pregunta 16

¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?
Hay 33 personas mayores que consideran que este aspecto es regular debido a que los menús son repetitivos y algunos alimentos son muy líquidos, así como poca variedad en los principios del almuerzo principalmente, así como jugos bajos en azúcar y algunas preparaciones bajas en sal.

Pregunta 21

¿La convivencia al interior del centro?

Con relación a este aspecto consultado, 25 personas mayores manifiestan que la convivencia es regular y 13 personas afirman que es mala, identificando que los principales aspectos que alteran la convivencia son:

Mal uso de los espacios comunes por personas que presentan baja funcionalidad como es el caso de los baños, zonas comunes y dormitorios, en estos últimos se observa el ingreso de personas que deambulan durante el día y la noche por su desorientación, de esta manera afectan la tranquilidad de los demás.

Finalmente, como conclusión de la mayoría de personas mayores refieren que reciben una buena prestación del servicio por parte del equipo del centro comunidad de cuidado hogar casa Santa María, en lo que se refiere a ambientes adecuados y seguros, nutrición y atención integral y gestión administrativa.

CONVOCATORIA. Ninguna

Anexos:





Elaboró: Mary Luz Fernández Moreno (Trabajadora Social

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Edwin Mauricio Gaitán	Psicólogo.	Comunidad Hogar Casa Santa María.	
Marylux Fernández	Trabajo Social	CCC Ciudadela Hogar Casa Santa María	
Dora Lidya Rojas B.	Fisioterapeuta	Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María	
Raul Peña Carrillo	Aux T.O.	Comunidad de cuidado Hogar Casa Santa María	
Victor Manuel Romero	Coordinador	Coordinador	
Monica Rodriguez T.	Terapeuta ocupacional	CCC Hogar Casa Santa María.	
William Benitez	Coordinador	CCC. Hogar Casa Santa María	
Jhason Basto Navarro	Tecnólogo de alimentos	C.C.C Hogar Casa Santa María	
Claudia Milena Rodriguez	Tecnica Ambiental	CCC Hogar Casa Santa María	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?			X
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		

21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		
23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le ofrecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?			X
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		

21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		
23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?			X
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		

21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		
23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?			X
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		

21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		
23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

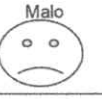
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Dia- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		

21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		
23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene, vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa cómo los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?			X
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL	Código: FOR-PSS-XX7
		Versión: 0
	ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Fecha:
		Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?	X		
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?		X	
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?			X
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a la modalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO	2 Regular	1 Malo
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24. ¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26. ¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27. ¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?		X	
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?	X		
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1
		DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Dia- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA	/		
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?		X	
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	09	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		

6. OBSERVACIONES	

	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SERVICIO	Código: FOR-PSS-XX7 Versión: 0 Fecha: Página:1 de 1

DOCUMENTO CONSTRUIDO

1. FECHA	05	04	2022		

3. OBJETIVO: La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar la percepción de las personas mayores frente a la perstación del Servicio Integral de Bienestar y Cuidado en las modalidades de atención Comunidad de Cuidado y Cuidado transitorio Día- Noche, 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:

4. CALIFICACIÓN	3 BUENO 	2 Regular 	1 Malo 
5. ¿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 obstaculos 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		
6. ¿El espacio destinado para el comedor?	X		
9.¿Como son los espacio destinados para la realización de los encuentros, actividades?	X		
10. ¿La dotación destinada para el desarrollo de actividades y encuentros?	X		
11.¿ La calidad de los lementos de aseo que recibe?	X		
12 ¿Qué opina usted de la calidad de la dotación de vestuario que recibe?	X		
13.¿El servicio de lavado,organización y entrega de la ropa?	X		
NUTRICIÓN			
14.¿ Alimentación proporcionada en el centro?		X	
15. ¿La cantidad de alimentos proporcionada en el centro?	X		
16. ¿Cuál es su percepción con relación a la variedad, sabor, textura y temperatura de los alimentos?	X		
17. ¿El tiempo establecido para cada comida (Desayuno, medias nueves, almuerzo,onces, cena) ?	X		
18. ¿El estado (limpieza, aseo) de la loza donde se sirven los alimentos es?	X		
ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTION ADMINISTRATIVA			
19. ¿ Las actividades/encuentros' que se desarrollan?	X		
20. ¿El trato del talento humano que lo atiende es?	X		
21. ¿La convivencia al interior del centro?		X	
22. ¿ Sabe usted como dar a conocer sus sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones con relación a lamodalidad. Si es afirmativa como los califica?	X		

23. ¿los horarios establecidos para comunicarse telefonicamente con su red de apoyo familiar o social?	X		
24.¿Los horarios de las visitas de los referentes familiares son?	X		
25. ¿Atención en las necesidades básicas de cuidados (alimentación, higiene,vestido..?	X		
26.¿La rápidez con que se atiende sus necesidades?	X		
27.¿ Cómo califica la aplicación de protocolos de prevención del COVID19 al interior del centro?	X		
28. ¿Servicio de transporte prestado por el Centro?	X		
29. ¿A modo general califique la atención que le oferecen en el servicio-Modalidad?	X		
6. OBSERVACIONES			