

**SECCIÓN B. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS
(PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)**

1 Población por sexo

Escriba el número de personas que atiende la institución

Hombres

Mujeres

Total

2 Población por sexo y edad

Escriba el número de mujeres y hombres según el sexo y la edad

Edad	Hombres	Mujeres
1 < 60 años		
2 60 - 69 años	2	
4 70 - 79 años	3	3
6 80 - 89 años	5	7
8 90 - 99 años		1
10 100 y mas años		
99 Sin dato		
TOTAL	10	11

NOTA: estos totales deben coincidir con el no. de hombres y mujeres de la pregunta 1

3 Régimen de afiliación a la seguridad social

Escriba el número de mujeres y hombres según el sexo y el régimen de seguridad social en salud

Régimen	Hombres	Mujeres
1 Contributivo		
2 Subsidiado	9	11
3 Especial		
4 Sin afiliación	1	
TOTAL	10	11

4 Nivel en SISBEN

El total debe coincidir con la suma de hombres y mujeres del régimen subsidiado

Nivel	Número
<input checked="" type="checkbox"/> Nivel 1	14
<input checked="" type="checkbox"/> Nivel 2	06
<input type="checkbox"/> Nivel 3	01
TOTAL	21

5 Principal motivo de ingreso a la institución

- 1 Permanece solo durante el día
- 2 Vive solo (a) sin hijos
- 3 Fue abandonado por esposa(o) y/o hijos
- 4 Abandonó el hogar
- 5 Situación económica de la familia
- 6 Necesita cuidados especiales
- 7 No sabe/ no llevan registro
- 8 Otro ¿Cuál?

	Hombres	Mujeres
1	3	3
2		
3	07	06
4		
5		
6		
7		
8		
TOTAL	10	11

6 Requisitos de ingreso que exige la institución

- Tener afiliación al SGSS
- 1 Tener servicio de emergencias
- 1 Tener seguro funerario
- Tener edad de 60 años en adelante
- Tener acudiente
- 1 No poseer red de apoyo familiar
- 1 Otro ¿Cuál?
- 2 Ninguno

7 Situación de dependencia

Escriba el número de hombres según la situación:

	Hombres	Mujeres
1 No dependiente	05	4
2 Semidependiente	04	3
3 Dependiente	01	4
TOTAL	10	11

Nota: las definiciones se pueden consultar en el Instructivo de recolección

8 Personas con discapacidad

Relacione el número de personas con algún tipo de discapacidad

	Número
Hombres	0
Mujeres	4
TOTAL	12

9 Tipo de discapacidad

Escriba el número de hombres y de mujeres en cada tipo de discapacidad

	Hombres	Mujeres
1 Física	1	4
2 Auditiva	2	
3 Visual	2	
4 Cognitiva	1	
5 Mental	2	
6 Múltiple		
TOTAL	8	4

10 Ayudas técnicas

De las personas con discapacidad, cuántas requieren de ayudas técnicas?

Número de personas

11 Tipo de ayudas técnicas

Qué tipo de ayudas técnicas requieren?

- 1 Prótesis (brazos, piernas, otro)
- 2 Órtesis (Sillas, bastones, caminador, otro)
- 3 Otra ¿Cuál?

	Número de personas
1	
2	06
3	

12 Salud bucal de la población

Anote el número de personas según la salud bucal

1 Buena (Tienen la dentadura completa)	
2 Regular (Les falta menos de la mitad de la dentadura)	
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Mala (Les falta más de la mitad de la dentadura)	07

13 Necesidades de prótesis bucal en la población

Anote el número de personas que requieren prótesis (Las que están con respuesta es 2 ó 3 en pregunta anterior).

	Número de personas
1 Prótesis superior	
2 Prótesis inferior	
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Ambas prótesis	06

14 Cuántas personas reciben subsidio del programa "Colombia Mayor"

Número de personas

SECCIÓN C. INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD
(PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)

<p>1 Número de pisos de la institución</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 piso <input type="checkbox"/> 2 pisos <input type="checkbox"/> 3-4 pisos <input type="checkbox"/> 5 pisos y más</p>	<p>2 Accesibilidad a la institución Para las instituciones con más de un piso</p> <p>La institución cuenta con:</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Escaleras</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>1</td><td>Rampas</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>Ascensores</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Escaleras	Si	No	1	Rampas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Ascensores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3 Condiciones de accesibilidad Si tiene escaleras y/o rampas, ¿éstas son de material antideslizante, con pasamanos de preferencia a ambos lados?</p> <table border="1"> <tr><td>Escaleras</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>Rampas</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Escaleras	Si	No	Rampas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
1	Escaleras	Si	No																										
1	Rampas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
1	Ascensores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Escaleras	Si	No																											
Rampas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<p>4 Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitidas por un instalador autorizado La institución cuenta con:</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Certificación de las instalaciones eléctricas</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td>Certificación de las instalaciones de gas</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Certificación de las instalaciones eléctricas	Si	No	2	Certificación de las instalaciones de gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>5 Ubicación del edificio o instalación Cerca del edificio se encuentran:</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Pantanos</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td>Barrancos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Basureros</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>Deslizamientos de tierra</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>Zona de inundación</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Pantanos	Si	No	2	Barrancos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Basureros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Deslizamientos de tierra	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5	Zona de inundación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Certificación de las instalaciones eléctricas	Si	No																										
2	Certificación de las instalaciones de gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
1	Pantanos	Si	No																										
2	Barrancos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
3	Basureros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
4	Deslizamientos de tierra	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
5	Zona de inundación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
<p>6 La institución ha sido afectada por la ola invernal? <input type="checkbox"/> 1 Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>7 El daño implicó la evacuación de los usuarios? <input type="checkbox"/> 1 Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>																												
<p>8 Mantenimiento (La institución cuenta con:)</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Programa de mantenimiento de la infraestructura</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td>Insumos necesarios para la limpieza y aseo de baños, habitaciones, terrazas, áreas sociales etc.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Se documenta el proceso con relación a a la limpieza y aseo diario</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>		1	Programa de mantenimiento de la infraestructura	Si	No	2	Insumos necesarios para la limpieza y aseo de baños, habitaciones, terrazas, áreas sociales etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	Se documenta el proceso con relación a a la limpieza y aseo diario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																
1	Programa de mantenimiento de la infraestructura	Si	No																										
2	Insumos necesarios para la limpieza y aseo de baños, habitaciones, terrazas, áreas sociales etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
3	Se documenta el proceso con relación a a la limpieza y aseo diario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
<p>9 Cuenta con mecanismos que permiten la protección contra accidentes:</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>La instalación eléctrica se encuentra fuera de los lugares de paso</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td>Hay interruptores de fácil acceso al principio y al final de las escaleras y pasillos</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Hay suficientes tomacorrientes para evitar las extensiones.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>Las áreas de almacenamiento de sustancias peligrosas están aisladas de las áreas de circulación general</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>Hay restricciones físicas a áreas peligrosas como almacenamiento de medicamentos e insumos</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6</td><td>La temperatura es agradable dentro de la institución</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>		1	La instalación eléctrica se encuentra fuera de los lugares de paso	Si	No	2	Hay interruptores de fácil acceso al principio y al final de las escaleras y pasillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	Hay suficientes tomacorrientes para evitar las extensiones.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	Las áreas de almacenamiento de sustancias peligrosas están aisladas de las áreas de circulación general	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	Hay restricciones físicas a áreas peligrosas como almacenamiento de medicamentos e insumos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	La temperatura es agradable dentro de la institución	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
1	La instalación eléctrica se encuentra fuera de los lugares de paso	Si	No																										
2	Hay interruptores de fácil acceso al principio y al final de las escaleras y pasillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
3	Hay suficientes tomacorrientes para evitar las extensiones.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
4	Las áreas de almacenamiento de sustancias peligrosas están aisladas de las áreas de circulación general	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
5	Hay restricciones físicas a áreas peligrosas como almacenamiento de medicamentos e insumos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
6	La temperatura es agradable dentro de la institución	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
<p>10 Seguridad (la institución cuenta con los siguientes documentos:)</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Plan de emergencias, desastres, seguridad e incendios</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td>Manual de protocolos de seguridad de enfermedades infectocontagiosas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Procesos para la seguridad de los residentes, que incluyan registros de las entradas y salidas de cada uno de ellos y sobre la responsabilidad de custodia.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>Procedimiento de seguridad para cuando un usuario con discapacidad cognitiva se pierda o tenga algún accidente.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>En horario nocturno hay más de una persona a cargo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>		1	Plan de emergencias, desastres, seguridad e incendios	Si	No	2	Manual de protocolos de seguridad de enfermedades infectocontagiosas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Procesos para la seguridad de los residentes, que incluyan registros de las entradas y salidas de cada uno de ellos y sobre la responsabilidad de custodia.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Procedimiento de seguridad para cuando un usuario con discapacidad cognitiva se pierda o tenga algún accidente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5	En horario nocturno hay más de una persona a cargo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
1	Plan de emergencias, desastres, seguridad e incendios	Si	No																										
2	Manual de protocolos de seguridad de enfermedades infectocontagiosas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
3	Procesos para la seguridad de los residentes, que incluyan registros de las entradas y salidas de cada uno de ellos y sobre la responsabilidad de custodia.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
4	Procedimiento de seguridad para cuando un usuario con discapacidad cognitiva se pierda o tenga algún accidente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
5	En horario nocturno hay más de una persona a cargo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
<p>11 Zonas de circulación</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Los pasillos permiten el paso de una camilla</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td>Los pasillos están bien iluminados</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Tienen pasamanos al menos en uno de sus lados, de material resistente a la humedad y que no conduzcan la electricidad</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>Los pisos son llanos, antideslizantes, sin elementos que sobresalgan, con peldaños señalizados</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>Los muebles son estables y resistentes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6</td><td>La sillas tienen brazos para facilitar el ponerse de pie</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7</td><td>Los tapetes están fijos al piso</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Los pasillos permiten el paso de una camilla	Si	No	2	Los pasillos están bien iluminados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	Tienen pasamanos al menos en uno de sus lados, de material resistente a la humedad y que no conduzcan la electricidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	Los pisos son llanos, antideslizantes, sin elementos que sobresalgan, con peldaños señalizados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5	Los muebles son estables y resistentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6	La sillas tienen brazos para facilitar el ponerse de pie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	Los tapetes están fijos al piso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>12 Zonas exteriores para recreación El Centro cuenta con zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p> <hr/> <p>13 Zona social El Centro cuenta con área social (incluye área para recibir visitas)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
1	Los pasillos permiten el paso de una camilla	Si	No																										
2	Los pasillos están bien iluminados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
3	Tienen pasamanos al menos en uno de sus lados, de material resistente a la humedad y que no conduzcan la electricidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
4	Los pisos son llanos, antideslizantes, sin elementos que sobresalgan, con peldaños señalizados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
5	Los muebles son estables y resistentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
6	La sillas tienen brazos para facilitar el ponerse de pie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
7	Los tapetes están fijos al piso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										

SECCIÓN C. INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD (Continuación) (PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)

14 Número de baños Con cuántos baños cuenta la institución, para uso de los adultos mayores?

Número de baños 03

15 Independencia de los baños para las personas mayores

Cuántos de los baños son:

- 1 Exclusivos para hombres
2 Exclusivos para mujeres
3 Mixtos

03

16 Condiciones de los baños

- 1 Las puertas tienen un ancho que permita la entrada y salida de una silla de ruedas
2 Tienen pasamanos para el uso del sanitario
3 Los pisos son antideslizantes o tienen tapetes antideslizantes
4 Están cerca a los dormitorios
5 Están bien iluminados y ventilados (cumplir las dos condiciones)
6 Las duchas cuentan con agua fría y caliente
7 Permiten el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo
8 Poseen timbre de tipo continuo

Si No

Grid for Si/No responses for items 1-8.

17 Cuenta con un programa de mantenimiento para la infraestructura de las habitaciones, baños y zonas sociales.

1 SI 3 NO

18 Condiciones zona de alimentación (cocina)

- 1 Área para almacenamiento de víveres no perecederos
2 Refrigeración de alimentos perecederos
3 Área de preparación de alimentos
4 Extractor humos y vapores
5 Vajilla suficiente y en buen estado

Si No

Grid for Si/No responses for items 1-5.

- 6 Área de lavado y desinfección ollas, utensilios y vajilla
7 Área recepción alimentos preparados (servicio externo)
8 Piso y paredes lavables
9 Tiene suficiente ventilación

Si No

Grid for Si/No responses for items 6-9.

19 El personal que maneja los alimentos está capacitado

3 SI 2 NO

20 Cada cuánto se actualiza

1 1 vez cada 2 años 2 1 vez cada año 3 Más de 1 vez en el año

21 Condiciones zona de alimentación (comedor)

El centro tiene un área exclusiva para comedor

3 SI 2 NO

22 Si tiene un área para comedor:

Es suficiente para servir simultáneamente por lo menos al cincuenta por ciento (50%) de los residentes

Si No

3

SECCIÓN D. CAPACIDAD LOCATIVA (PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)

1 Número de habitaciones

(NO cuente cocinas, baños, ni los destinados exclusivamente para garaje y almacenamiento)

06

2 Capacidad camas

- 1 Instalada
2 Utilizada

Hombres

Grid for Hombres capacity.

Mujeres

Grid for Mujeres capacity.

Indiferenciado

Grid for Indiferenciado capacity.

3 Capacidad y adecuación de los dormitorios

(Diligenciar esta pregunta por observación)

- 1 Las puertas de entrada a los cuartos permiten un facil acceso y giro de una silla de ruedas.
2 Iluminación natural en el día
3 Iluminación artificial en la noche
4 Guardarropa con espacio para guardar las pertenencias de los adultos mayores
5 Por lo menos una silla por habitación
6 Dotados con ropa de cama (colchones, almohadas, cobijas, sábanas, protectores)
7 La ropa de cama está en buen estado
8 Suficiente espacio para el desplazamiento en sillas de ruedas, muletas, u otra situación
9 Cuenta con un timbre tipo continuo por habitación
10 El piso es antideslizante, de fácil limpieza y desinfección

Si No

Grid for Si/No responses for items 1-10.

4 ¿En la institución hay personas mayores postradas?

1 SI 2 NO

Cuántas?

00

Dotación de los dormitorios de pacientes postrados

(Si la respuesta en pregunta 4 es Si)

5 Están dotados de lavamanos?

1 Si 2 No

6 Cuentan con un timbre tipo continuo cerca de la cama?

1 Si 2 No

**SECCIÓN E. CONDICIONES SANITARIAS Y AMBIENTALES BÁSICAS
(PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)**

1 La institución garantiza el suministro de:

	SI	NO
1 Agua potable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Energía eléctrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Alcantarillado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Gas natural conectado a red pública	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 La institución cuenta con:

	SI	NO
1 Servicio de teléfono	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1 Servicio de internet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1 Servicio de fax	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3 Los usuarios acceden a los servicios de:

	SI	NO
1 Servicio de teléfono	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Servicio de internet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1 Servicio de fax	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4 Las instalaciones para el suministro de agua funcionan normalmente?

1	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

5 Cuenta con tanques de almacenamiento de agua adecuados, que garantice como mínimo, 24 horas de servicio?

1	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

6 Se garantiza que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua?

1	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

7 Hay un protocolo de manejo de las instalaciones para el suministro de agua?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input checked="" type="checkbox"/>	No

8 Manejo de aguas residuales

	SI	NO
1 Manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Los desagües están en buenas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Manejo de residuos contaminantes

	SI	NO
Adecuada disposición de residuos contaminantes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Drenaje de aguas lluvias

Se realiza mediante sistema de desagües?

1	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

11 Las paredes y los techos están en buenas condiciones?

1	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

12 Son de fácil limpieza y desinfección?

1	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

13 Área de aseo

Tiene área de almacenamiento para elementos de aseo

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input checked="" type="checkbox"/>	No

15 Si la respuesta es SI

	SI	NO
1 Es un lugar cerrado y ventilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tiene una poceta para el lavado de útiles de aseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 El área de lavadero de ropas

	SI	NO
1 Cuenta con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tiene lavadora adecuada al número de residentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Tiene sistema de secado y planchado de la ropa,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Tiene un lugar para clasificar y guardar ropa limpia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Los adultos mayores lavan su ropa?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Tienen marcada la ropa de manera individual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS GENERALES

16 Actividades higiénico sanitarias

	SI	NO
1 Área destinada exclusivamente para depósito temporal de residuos sólidos (basuras)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Se realiza separación en la fuente de residuos: implementando código de colores separación residuos en orgánicos, reciclables, hospitalarios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Suficientes recipientes para material sanitario, dotados con bolsa, tapa permanente (canecas basura)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Plan de Gestión Integral de Residuos sólidos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Plan de control periódico de plagas y roedores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Plan de aseo y desinfección de superficies, utensilios, equipos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Cuenta con servicios de:

	SI	NO
1 Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Consultorio médico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Odontología	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Terapias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

18 Los servicios están habilitados?

	SI	NO
1 Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Consultorio médico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Odontología	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Terapias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**SECCIÓN F. ADMINISTRACIÓN Y RECURSO HUMANO
(PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)**

1 Recurso humano de la institución

(Señale el número de personas según la dedicación)

	Tiempo completo	Medio tiempo	Por horas
1 Director/Gerente/Administrador	01		
2 Auxiliar de Enfermería	01		
3 Enfermera Profesional			
4 Fisioterapeuta			
5 Gerontólogo			
6 Médico			
7 Nutricionista			
8 Personal de servicios generales	01		
9 Psicólogo			
10 Trabajador Social			
11 Terapeuta Ocupacional			
12 Otro personal	02		

2 Convenio docencia/servicio

El establecimiento cuenta con un convenio de docencia/servicio con instituciones educativas? Si No

3 Áreas de formación y número de estudiantes por área

Área	Número
Área 1	
Área 2	
Área 3	

4 Cuentan con la supervisión de un docente? Si No

5 En qué período de año los estudiantes prestan el servicio a la institución?

6 Reglamento interno del establecimiento

La institución tiene un reglamento de trabajo? Si No

7 Encuestas de satisfacción al cliente

La institución aplica encuestas de satisfacción (tanto a los residentes como a los familiares), las cuales incluyen aspectos como infraestructura, trato, calidad de la comida, higiene, privacidad, recreación, cuidados, oportunidad y participación de la familia?

Si No

8 Protocolo de convivencia

La institución tiene un protocolo de convivencia? Si No

9 Sugerencias o reclamos

Existe un sistema para escuchar y tramitar las quejas y sugerencias de los residentes o sus familiares?

Si No

10 Acciones de mejoramiento

Tienen acciones de mejoramiento para solución de quejas?

Si No

SECCIÓN G. PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES PARA LAS PERSONAS MAYORES - REDES SOCIALES

PARA LAS INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN

1 Acciones de integración familiar

Qué programas desarrolla la institución para mantener el lazo familiar con los usuarios

	Si	No
1 Celebran el día de la familia	X	
2 Horarios de visita		X
3 Visita libre	X	
4 Contacto telefónico, internet	X	
5 Otro		

2 Relaciones familiares

1 De los usuarios de la institución, cuántos tienen familia

Número
07
07

2 De los que tienen familia, a cuántos visitan

3 De los que visitan con qué frecuencia son visitados

Frecuentemente (cada 8 días o más)

Con poca frecuencia (1 o 2 veces al año)

Nunca

X

3 Promoción de actividades para las personas mayores

- Le permiten a los usuarios salir con la familia y regresar?
- Desarrollan programas en los cuales las personas mayores pueden salir a la calle o realizar otra actividad
- Tienen algún sistema de identificación de las personas mayores en caso de extravío

4 Con qué frecuencia las personas mayores realizan

Frecuentemente Con poca frecuencia Nunca

1 Actividades al aire libre	7		
2 Actividades con la familia		X	
3 Actividades intergeneracionales	X		

*Frecuentemente (cada 8 días o más)
**Con poca frecuencia (menos de 1 vez por semana)

5 La institución define los programas y las personas se inscriben?

Si No

6 Los usuarios participan en la definición de los programas?

Si No

7 Qué metodología aplican en los programas para las personas mayores

Integración de para personas mayores MIPSAM del Ministerio de Salud y Protección Social Si No Metodologías propias Si No

8 Los usuarios pueden realizar actividades nocturnas como:

	Si	No
1 Reunirse y conversar hasta la hora que deseen, con horario límite		X
2 Pueden jugar en las horas de la noche (Juegos de salón)	X	
3 Pueden no acostarse en el horario establecido	X	

9 Participación en actividades productivas

Las personas mayores participan en huertos o en otras actividades productivas?

Si No

10 Reciben algún ingreso por esta actividad

Si No

SECCIÓN G. PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES PARA LAS PERSONAS MAYORES - REDES SOCIALES (Continuación)

PARA LOS CENTROS DIA O CENTROS VIDA/DIA

<p>11 El Centro Vida/Día ofrece servicio de alimentación para las personas mayores</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>12 Los menús son elaborados por profesionales de la nutrición.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>																					
<p>3 El Centro Vida/Día ofrece orientación Psicosocial de manera preventiva a todas las personas mayores que atiende</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>14 La orientación Psicosocial está a cargo de profesionales en psicología y trabajo social</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>																					
<p>15 El Centro Vida/Día ofrece Atención Primaria en Salud para patologías como: (apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigentes)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Malnutrición</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Medicina general</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Geriatría</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Odontología</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	1 Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Medicina general	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3 Geriatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Odontología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>16 El Centro Vida/Día capacita a las personas mayores en actividades productivas de acuerdo con sus talentos, gustos y preferencias</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>17 El Centro Vida/Día realizan actividades de promoción del trabajo asociativo de las personas mayores para la consecución de ingresos</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>						
	Si	No																				
1 Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
2 Medicina general	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																				
3 Geriatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
4 Odontología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>18 Con qué frecuencia el Centro Vida/Día ofrece a las personas mayores actividades en deporte</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente (cada 8 días o más) <input checked="" type="checkbox"/> Con poca frecuencia (Menos de 1 vez a la semana) <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>19 Las actividades en deporte son suministradas por personas capacitadas</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>																					
<p>20 En la programación que desarrolla el Centro Vida/Día realizan actividades dirigidas a la integración familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>21 Si la respuesta es si en pregunta 20:</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Encuentros intergeneracionales</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Encuentros de familias</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Actividades de recreación con la familia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Paseos con las familias de los usuarios</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Celebración del día de la familia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 Celebración del día de las personas mayores</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	1 Encuentros intergeneracionales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Encuentros de familias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Actividades de recreación con la familia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Paseos con las familias de los usuarios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Celebración del día de la familia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Celebración del día de las personas mayores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No																				
1 Encuentros intergeneracionales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
2 Encuentros de familias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
3 Actividades de recreación con la familia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
4 Paseos con las familias de los usuarios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
5 Celebración del día de la familia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
6 Celebración del día de las personas mayores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>22 En la programación que desarrolla el Centro Vida/Día hay alguna actividad para personas solas</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>23 Si la respuesta es si en pregunta 22, especifique:</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Servicios de teleasistencia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Visita domiciliaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Actividad de integración social</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Actividades recreativas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Otras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	1 Servicios de teleasistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Visita domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Actividad de integración social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Si	No																				
1 Servicios de teleasistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
2 Visita domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
3 Actividad de integración social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
4 Actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
5 Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>24 El Centro Vida/Día ofrece un Auxilio Exequial en caso de fallecimiento de la persona mayor</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 salario mínimo mensual vigente <input type="checkbox"/> Más de 1 salario mínimo <input type="checkbox"/> Menos de 1 salario mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p>																						

Nombres y apellidos del entrevistador Adriana María Bermúdez Sánchez
 Teléfono de contacto 3124384963
 Correo electrónico adriana7@hotmail.com

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR Se recomienda realizar ajustes relacionados con el reglamento interno de la institución, protocolo de atención y manejo de recursos humanos.