

Fecha _____ Departamento _____ Id beneficiario _____

DATOS GESTOR Nombre _____ Cédula _____

Correo Electrónico _____

INTERNET - Medición de la calidad del portafolio de servicios.

¿El servicio de internet está funcionando en el KVD? SI _____ NO _____
 ¿Durante los últimos 3 meses ha presentado fallas? SI _____ NO _____
 ¿Ha recibido asesoría del centro de soporte de forma oportuna? SI _____ NO _____
 ¿La conectividad inalámbrica funciona? SI _____ NO _____

TELEFONÍA

¿El servicio de telefonía está funcionando en el KVD? SI _____ NO _____
 ¿Ha recibido asesoría del centro de soporte de forma oportuna? SI _____ NO _____
 ¿El kiosco siempre cuenta con pines disponibles para la venta? SI _____ NO _____
 ¿Conoce usted un punto de venta de pines diferente al Kiosco? SI _____ NO _____
 ¿Conoce los pasos para realizar llamadas desde la cabina telefónica? SI _____ NO _____
 ¿Conoce los pasos y números telefónicos para realizar llamadas de emergencia? SI _____ NO _____
 ¿Está disponible el servicio de telefonía las 24 horas del día? SI _____ NO _____

Breve Observación _____

IMPRESORA

¿Funciona la impresora? SI _____ NO _____ ¿Funciona el escáner? SI _____ NO _____
 ¿Funciona las fotocopias? SI _____ NO _____ ¿Dispone siempre de papel y tóner? SI _____ NO _____

Breve Observación _____

TELEVISOR

¿El televisor funciona correctamente? SI _____ NO _____ ¿Proyecta la información del computador, por HDMI? SI _____ NO _____
 ¿Funciona el conversor VGA? SI _____ NO _____

REQUERIMIENTOS DE LA COMUNIDAD

¿Conoce las herramientas para la realización de requerimientos (centro de contacto al ciudadano, línea 018000910911)? SI _____ NO _____

¿A la fecha el Operador se encuentra al día en el pago de sus honorarios como gestor del KVD? En caso de ser "NO" escribir en campo "OTRO" meses pendientes por cancelar SI _____ NO _____ Otros: _____

MEDIO AMBIENTE

¿Existen soportes de actividades que demuestren la adecuada disposición del manejo de residuos? SI _____ NO _____
 ¿El gestor ha sido capacitado en el tema de la gestión ambiental? SI _____ NO _____

CURSOS DEL GESTOR: Marque con X cuales cursos ha realizado. (Aprobados)

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. Producción de contenidos digitales _____ | 4. Apropiación social de las TIC _____ |
| 2. Formación a formadores _____ | 5. Internet, buscadores, correo electrónico y descargas _____ |
| 3. Clases de escritura y redacción _____ | |

¿Conoce Usted los aspectos de seguridad industrial dentro de este KVD? **(Solo casos especiales)** SI _____ NO _____
 ¿Cuenta con el programa **JAWS** y/o **MAGIC** para personas con discapacidad visual? SI _____ NO _____
 ¿El Gestor hace parte del grupo en Facebook "Mi Kiosco Vive Digital"? SI _____ NO _____
 ¿Ha recibido los elementos publicitarios (Volantes, afiches, etc.) necesarios para la promoción del KVD? SI _____ NO _____
 ¿La comunidad ha recibido o identificado algún tipo de publicidad del KVD (Cuñas radiales, videos, volantes, afiches, otros)?
 Si _____ No _____ Si la respuesta es SI, indique cuál: _____
 ¿Cuál es la aceptación de las actividades de sensibilización quincenales y mensuales entre la comunidad del KVD?
 Regular _____ Buena _____ Mala _____

HORARIO (hora militar 00:00 – 23:59)

Lunes Desde _____ hasta _____	martes Desde _____ hasta _____	miércoles Desde _____ hasta _____
Jueves Desde _____ hasta _____	viernes Desde _____ hasta _____	sábado Desde _____ hasta _____
Domingo Desde _____ hasta _____		