| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 14-02-2011 | Código: 1700-63.09 |
| | **INFORME** | Versión: 00 | Página 1 de 7 |

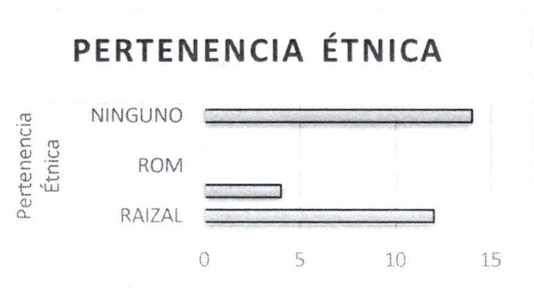
**INFORME No. 004-2024**

| | |
|---|---|
| **TEMA** | Encuesta para residentes, familiares o contacto de referencia del Centro de bienestar al adulto mayor |
| **FECHA** | 18/11/2024 |
| **LUGAR** | Hogar del Anciano San Pedro Claver |
| **DEPENDENCIA RESPONSABLE** | Secretaría de Desarrollo Social. |

En el mes de noviembre se lleva a cabo la aplicación de encuestas a los residentes, familiares o contacto de referencia del Centro de bienestar al adulto mayor (Hogar del Anciano San Pedro Claver) para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

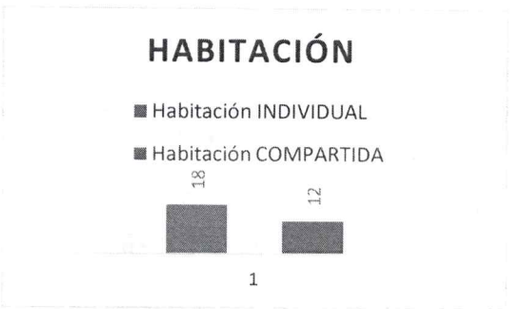
La encuesta consta de 21 preguntas que comprenden desde información de identificación personal, hasta la satisfacción de los servicios ofertados por el Hogar del Anciano. Al momento de la aplicación de la encuesta se encontraron 30 adultos mayores, de los cuales se recolectó la siguiente información:



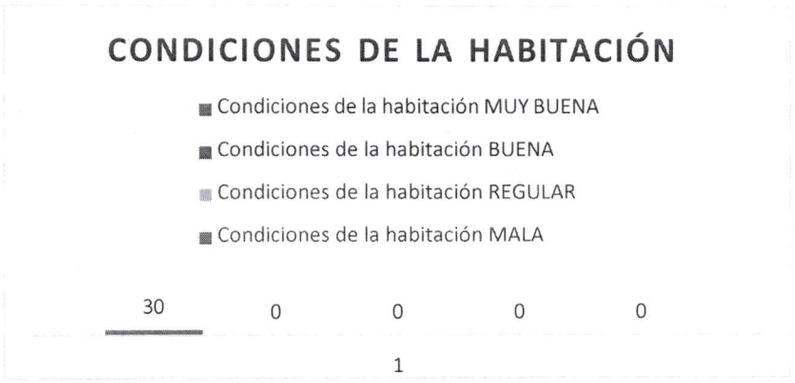




Teniendo en cuenta que la población del Hogar del Anciano, se ha mantenido estable con respecto al mes anterior, es decir, no ha habido decesos, ni nuevos ingresos por parte de los adultos mayores; se continúa con los mismos datos de clasificación en donde 20 de ellos son de género masculino y 10 son de género femenino, de los cuales 12 de ellos son raizales, 4 afrodescendientes y 14 no pertenecen a ninguna etnia de manera específica. En este sentido se observa, que la mayoría de los residentes no raizales, no cuentan con red de apoyo, debido a que sus ciudades de origen y familiares se encuentran fuera de la isla. Sin embargo, en cuanto a los residentes raizales, se identifica que hay algunos adultos mayores que se encuentran en total abandono, a pesar de contar con familia dentro de la isla. El promedio de edad entre los residentes del Hogar es de 75 años.

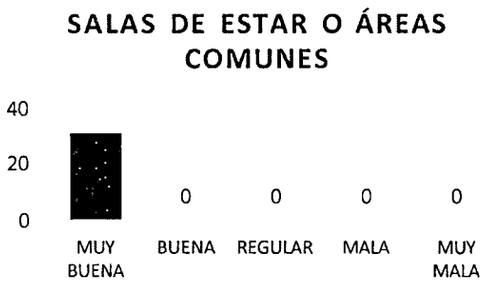


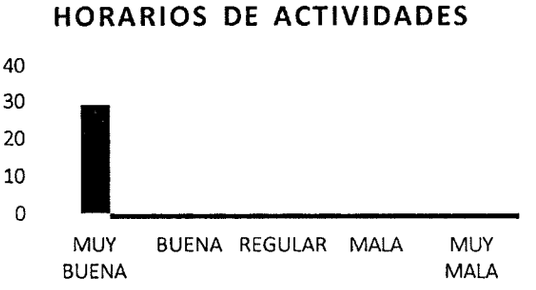




En cuanto tiempo de permanencia en el centro, se observa que 19 de los residentes tienen un tiempo de permanencia entre 4 a 10 años, mientras que en los rangos de 1 año o menos se encuentran 4 residentes del hogar y en el rango de entre 1 años a 3 años, se encuentran 7 residentes. Así mismo, 18 de los adultos mayores gozan de habitación individual, mientras que 12 de ellos y por sus condiciones de dependencia y de salud, deben permanecer en habitaciones compartidas.

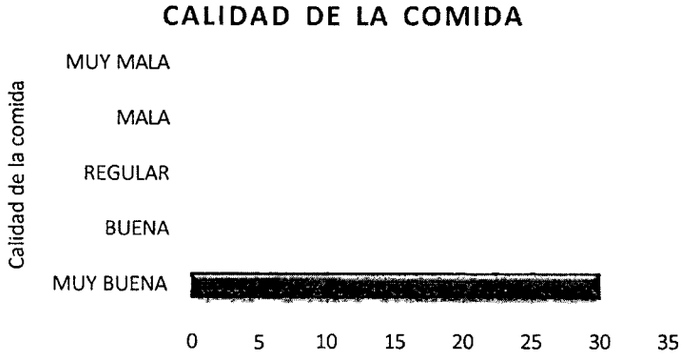



Por otro lado, sin importar si la habitación es compartida o individual, la total de las personas consideran que las condiciones de la habitación son muy buenas (30 respuestas).




En cuanto a las salas de estar o áreas comunes, se observa que todos los entrevistados consideran que se encuentran muy buenas para las necesidades de esta población, siendo éstas espacios para realizar actividades de recreación y lúdicas, así como para socializar con los demás residentes del hogar. Entre tanto, los horarios de actividades reciben una calificación predominantemente "Muy Buena". Los adultos mayores consideran que las actividades realizadas les permiten ejercitarse, distraerse y compartir con sus pares dentro del hogar.




Para esta cohorte de entrevista, se encuentra que el 100% de la población manifiesta que la comida ofrecida por el Hogar está en la categoría de "muy buena". Situación que es corroborada a través de la observación directa, en donde se puede apreciar que los adultos mayores ingieren todos los alimentos ofrecidos y durante el proceso y las diferentes comidas no muestran desagrado, ni rechazo por los alimentos.

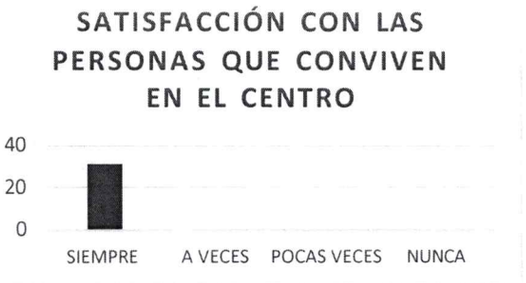






En cuanto a posibilidad de comunicarse con familiares y la disponibilidad de ropa limpia, se observa una satisfacción total en estos servicios. Cabe resaltar que la mayoría de los residentes del hogar, cuentan con su propio celular, pero de ser necesario, la enfermera de turo se encarga de establecer el contacto telefónico que el adulto mayor requiera. Así mismo en cuanto al servicio de lavandería, que se mantiene al día y permite el cambio de ropa limpia cada vez.




Con respecto a la satisfacción con actividades de entretenimiento y la satisfacción con las personas que conviven en el centro, mayoritariamente los adultos mayores residentes del Hogar, manifestaron que siempre se sentían a gusto en estos dos aspectos, evidenciando la cercanía que se generan entre unos y otros, encontrando espacios para el diálogo y el compartir. Algunas personas, prefieren mantenerse aisladas y no tener contacto personal con ningún otro residente del Hogar, y otras por su misma condición de salud no tienen oportunidad para compartir, ni estrechar lazos.

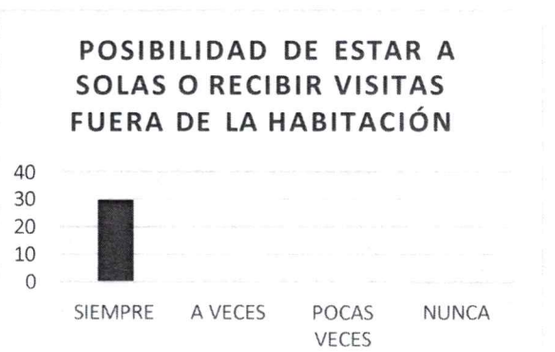






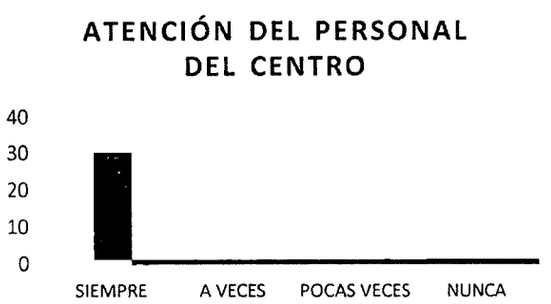
En cuanto a la atención médica y la atención del personal que labora en el centro, mayoritariamente los residentes del Hogar manifestaron satisfacción en estos aspectos, refiriendo que cada que se sentían enfermos eran atendidos con rapidez y buena actitud por parte del personal del Hogar. Solo una persona manifestó que la atención del personal variaba en calidad dependiendo el turno.




Por otro lado, en cuanto a la atención durante los fines de semana y feriados, y la posibilidad de estar a solas o recibir visitas fuera de la habitación, se evidencia una alta satisfacción. En esta oportunidad, todos los residentes del hogar expresaron que a pesar de que en los fines de semana había más movimiento en el hogar, por las visitas que se recibían de familiares, o instituciones, la atención seguía siendo buena; así mismo, en cuanto a la posibilidad de estar solo, se está supeditado a la capacidad del adulto mayor para movilizarse, pues los que tienen dependencia de movilidad, no sólo comparten habitación, sino que las visitas las reciben en sus dormitorios, limitando así la privacidad.



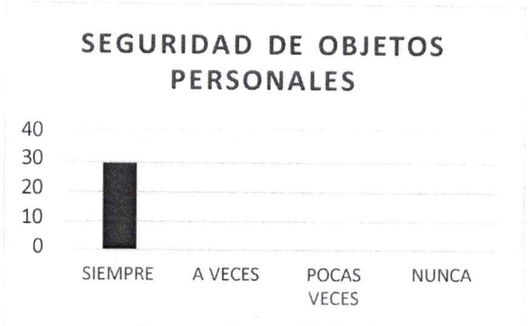

En cuanto a la atención médica y la atención del personal que labora en el centro, mayoritariamente los residentes del Hogar manifestaron satisfacción en estos aspectos, refiriendo que cada que se sentían enfermos eran atendidos con rapidez y buena actitud por parte del personal del Hogar. Solo una persona manifestó que la atención del personal variaba en calidad dependiendo el turno.

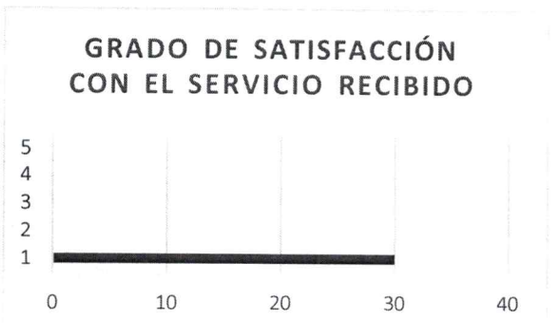




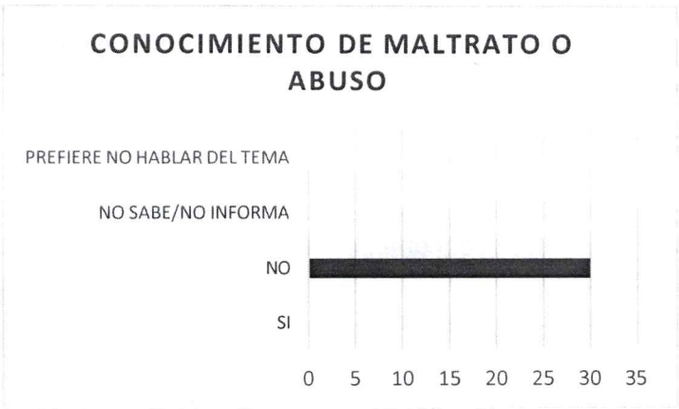


Por otro lado, en cuanto a la atención durante los fines de semana y feriados, y la posibilidad de estar a solas o recibir visitas fuera de la habitación, se evidencia una alta satisfacción. En esta oportunidad, todos los residentes del hogar expresaron que a pesar de que en los fines de semana había más movimiento en el hogar, por las visitas que se recibían de familiares, o instituciones, la atención seguía siendo buena; así mismo, en cuanto a la posibilidad de estar solo, se está supeditado a la capacidad del adulto mayor para movilizarse, pues los que tienen dependencia de movilidad, no sólo comparten habitación, sino que las visitas las reciben en sus dormitorios, limitando así la privacidad.




En cuanto a la seguridad de los objetos personales, el total de los 30 entrevistados consideraron que la seguridad siempre era buena, y que ciertamente había mejorado con los años y el cambio de administración del hogar. Por otro lado, en cuanto a la satisfacción con el servicio recibido, los 30 entrevistados calificaron con 5 la satisfacción del servicio recibido.




Finalmente, a pesar de no haber reporte de alguna situación de maltrato o abuso hacia adultos mayores dentro del Hogar, se evidencia el alto deterioro de la vía de acceso, que ha dificultado en el último mes el ingreso de las unidades de apoyo, tales como ambulancias, vehículos particulares para el traslado de los adultos mayores a citas médicas e incluso el ingreso de familiares; dejando así prácticamente aislados a los residentes del hogar y dificultando las tareas del personal que allí labora.

**CONCLUSIONES:**

1. Se evidencia la urgencia del arreglo de la única vía de acceso al Hogar del Anciano, pues su alto deterioro, pone en riesgo no sólo la vida de sus residentes al no poder suplir necesidades de transporte de los adultos mayores, sino también la salud de sus colaboradores al tener que transportar hasta la avenida en sillas de ruedas o camillas a los pacientes, por una vía intransitable.

2. Durante el último mes no hubo fallecidos, nuevos ingresos, ni hospitalizados dentro de los residentes del Hogar del Anciano San Pedro Claver, por lo tanto, la población se mantiene estable, sin cambios significativos con respecto al mes anterior.

3. En términos generales; la percepción de las condiciones analizadas en las gráficas es muy positiva, en donde la predominancia de las respuestas se encuentra en la categoría más altas ("Muy Buena"), es decir, que el grado de satisfacción por los servicios recibidos en el Hogar del Anciano San Pedro Claver es bastante alto.

4. Se observa la necesidad y debido a la condición de abandono de algunos residentes del hogar, gestionar donaciones de ropa, que les permita tener un mayor recambio, aunque no se observaron adultos mayores sucios ni con la ropa en mala condiciones.

5. Se hace importante continuar con el fortalecimiento de los lazos familiares y de redes de apoyo hacia el adulto mayor, para disminuir los sentimientos de soledad y abandono que manifestaron durante las entrevistas.

6. Continuar con acciones que permitan estimular la estabilidad de la salud física, emocional y social de los adultos mayores, a través de intervenciones interdisciplinarias.

7. Generar estrategias que permitan la integración social de los adultos mayores residentes del Hogar del Anciano San Pedro Claver, debido a que estas acciones disminuyen los síntomas depresivos y mejora la capacidad cognitiva.

8. Continuar con el seguimiento a fin de garantizar que el caso de maltrato reportado, no se vuelva a presentar dentro del hogar.

9. Algunos residentes manifestaron inconformidad con la comida, pero a su comprensión debido a la dieta que deben manejar.

10. Durante este periodo solo se atendieron 30 adultos mayores, los 5 restantes corresponden a cupos que pudieran ser requeridos por situación de desprotección y/o abandono.

**ANEXOS: encuestas realizadas**

| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Noviembre 28 de 2024 02:06 pm |

Número de Transacción: APII4333320755565127

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Noviembre 28 de 2024 02:37 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 86196ZMU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros ********8376 - Cindy J Puello G |
| **Valor Transferido:** | $2.052.288,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Noviembre 28 de 2024 |

Imprimir Cerrar

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5__X__

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

23

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Adolfo Arnedo Diaz | | |
| Numero de Cédula | 15240696 | Fecha de Expedición | 22/5/73 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 22/2/45 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente X ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

23

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Adolfo Meola Pitt | | |
| Numero de Cédula | 15240896 | Fecha de Expedición | 22/5/73 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 22/2/45 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente ✓ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

24

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Onofre Bldo | | |
| Numero de Cédula | 1214 | Fecha de Expedición | 27/5/46 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 27/3/46 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

2A

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 \| 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Onofre Pablo | | |
| Numero de Cédula | 1214 3359 | Fecha de Expedición | 27 \| 5 \| 46 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 27 \| 3 \| 46 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 ✓

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | ✓ | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

25

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Hazel Elizabeth Quino Britton | | |
| Numero de Cédula | 12/01/51 | Fecha de Expedición | 22/12/77 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: ✓

2. Fecha de Nacimiento 23/08/29 Edad: 73

3. Pertenencia Étnica: Raizal ✗ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | ✗ |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | ✗ |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✗ | | | | |

25

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 \| 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Hazel Elizabeth Quinn Britton | | |
| Numero de Cédula | 1201 \| 51 | Fecha de Expedición | 22 \| 12 \| 72 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:____ Femenino: ✓

2. Fecha de Nacimiento 23/08/29 Edad: 73

3. Pertenencia Étnica: Raizal ✗ Afrodescendiente____ ROM ____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | ✗ |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | ✗ |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✗ | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

26

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 19/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Eduardo Enrique Jooret Tolcz | | |
| Numero de Cédula | 10790549 | Fecha de Expedición | 18/12/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 31/12/39 Edad: 83

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 19 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Eduardo Enrique Jooret Tolrez | | |
| Numero de Cédula | 10790549 | Fecha de Expedición | 18 12 01 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 31/12/39 Edad: 83

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

27

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Sheila Laura Taylor Bryan | | |
| Numero de Cédula | 34150540 | Fecha de Expedición | 23/8/93 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 30/4/52 Edad: 72

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | X |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

27

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Sheila Laura Taylor Bryan | | |
| Numero de Cédula | 34150540 | Fecha de Expedición | 23/8/93 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 30/4/52 Edad: 72

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | X |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

18

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Silvia Degliete González | | |
| Numero de Cédula | 28006203 | Fecha de Expedición | 26/7/65 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: Y

2. Fecha de Nacimiento 11/8/40 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | X |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | √ |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 4 de 4 | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse via telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 /24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Gregorio Alfonso Leal Navarro | | |
| Numero de Cédula | 3389330 | Fecha de Expedición | 2/2/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 19/2/39 Edad: 83

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente X ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 ✓

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | ✓ | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1__2__3__4__5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| V | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
|---|---|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 2 de 4 | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 /24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Bernard Humphreys Manuel | | |
| Numero de Cédula | 1704844 | Fecha de Expedición | 28/11/82 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 11/11/41 Edad: 81

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 4 de 4 | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 ✓

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | ✓ | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Alvaro Hernandez Lotero | | |
| Numero de Cédula | 4611000 | Fecha de Expedición | 16/02/65 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 16/08/42 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | X |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | NOV. 18 / 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Jairo Gómez Pérez | | |
| Numero de Cédula | 9286420 | Fecha de Expedición | 15/5/85 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 13/6/65 Edad: 57

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente X ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Mercedes del Carmen Taylor Bent | | |
| Numero de Cédula | 20201096 | Fecha de Expedición | 17/10/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 17/2/30 Edad: 94

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno V

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Mercedes del Carmen Taylor Bernal | | |
| Numero de Cédula | 20201096 | Fecha de Expedición | 17/10/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 17/2/30 Edad: 94

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Elba Teresa Welcome Lawson | | |
| Numero de Cédula | 23247590 | Fecha de Expedición | 2/01/70 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 14/9/45 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Elba Teresa Wolcome Lawson | | |
| Numero de Cédula | 23247590 | Fecha de Expedición | 2/01/70 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 14/9/45 Edad: 78

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **3** de **4** | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | NOV. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Rosa Alba Taylor Flores | | |
| Numero de Cédula | 29208822 | Fecha de Expedición | 6/3/59 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 5/12/34 Edad: 88

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Roby Alba Taylor Flores | | |
| Numero de Cédula | 29208822 | Fecha de Expedición | 6/3/59 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 5/12/34 Edad: 88

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente____ ROM ____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 3 de 4 | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 ✓

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5__X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5__X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **3** de **4** | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 / 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Nelda Mae Mitchell Bowie | | |
| Numero de Cédula | 23246014 | Fecha de Expedición | 20/12/56 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 8/5/31 Edad: 91

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

12

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 / 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Luis Carlos Gonzalez Montalvo | | |
| Numero de Cédula | 8386252 | Fecha de Expedición | 20/12/65 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 23/11/44 Edad: 78

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

12

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 [24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Luis Carlos Gonzalez Gonzalez | | |
| Numero de Cédula | 8385252 | Fecha de Expedición | 20 12 [65 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 23/11/44 Edad: 78

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
|---|---|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| Y | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| √ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5√

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

19

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Roddy Newball | | |
| Numero de Cédula | 40333572 | Fecha de Expedición | 18/12/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 1/12/40 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

19

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Rodolf Newball | | |
| Numero de Cédula | 40333572 | Fecha de Expedición | 18/12/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino: _____

2. Fecha de Nacimiento 1/12/40 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente _____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| | | | X |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

20

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/74 | | |
| Nombres y Apellidos: | Delfina Cecilia Newball Hodgson | | |
| Numero de Cédula | 23246699 | Fecha de Expedición | 18/12/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 12/01/34 Edad: 90

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

20

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/74 | | |
| Nombres y Apellidos: | Delfina Cecilia Newball Hodgson | | |
| Numero de Cédula | 23246699 | Fecha de Expedición | 18/12/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 12/01/34 Edad: 90

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
|---|---|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
|---|---|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 4 de 4 | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 28 [illegible]4 | | |
| Nombres y Apellidos: | José Joaquín Navas Velandia | | |
| Numero de Cédula | 6084732 | Fecha de Expedición | 5/12/62 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 16/10/41 Edad: 81

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | X |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

21

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 28 [illegible]4 | | |
| Nombres y Apellidos: | José Joaquín Nava Velandia | | |
| Numero de Cédula | 6084732 | Fecha de Expedición | 5/12/62 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino: _____

2. Fecha de Nacimiento 16/10/41 Edad: 81

3. Pertenencia Étnica: Raizal _____ Afrodescendiente _____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | X |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 '24 | | |
| Nombres y Apellidos: | José Concepción Pájaro Campo | | |
| Numero de Cédula | 9088849 | Fecha de Expedición | 16/9/70 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 8/12/45 Edad: 76

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente__X__ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

.22

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Don. 18 [illegible] | | |
| Nombres y Apellidos: | José Concepción Pájaro Campo | | |
| Numero de Cédula | 9088849 | Fecha de Expedición | 16/9/70 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 8/12/45 Edad: 76

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente X ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 13/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Dino Bowie Brandt | | |
| Numero de Cédula | 40993760 | Fecha de Expedición | 13/09/82 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 3/2/57 Edad: 67

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | Y |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Dino Bowie Brandt | | |
| Numero de Cédula | 40993760 | Fecha de Expedición | 18/09/82 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 3/2/57 Edad: 67

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente____ ROM ____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | Y |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 ✓

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | ✓ | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

4

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Gino Hernando Britton Forbes | | |
| Numero de Cédula | 15240738 | Fecha de Expedición | 24/9/73 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 20/5/51 Edad: 72

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

4

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 08/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Gino Hernando Britton Forbes | | |
| Numero de Cédula | 15240738 | Fecha de Expedición | 24/9/73 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 20/5/51 Edad: 72

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Jose Manuel Cawdona Dawkins | | |
| Numero de Cédula | 1124038383 | Fecha de Expedición | 4/12/72 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 13/10/52 Edad: 72

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| V | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Jose Manuel Cardona Dawkins | | |
| Numero de Cédula | 17240383 | Fecha de Expedición | 4/5/72 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 13/10/50 Edad: 72

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| V | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ~ | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ~ | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Azad Cortina Torres | | |
| Numero de Cédula | 862428 | Fecha de Expedición | 25/8/60 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 17/4/39 Edad: 85

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | X |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

6

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Azad Cortina Torres | | |
| Numero de Cédula | 862428 | Fecha de Expedición | 25/8/60 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 17/4/39 Edad: 85

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | X |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| ✓ | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5__X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Heriberto Correa López | | |
| Numero de Cédula | 3V97754 | Fecha de Expedición | 19/12/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 24/9/38 Edad: 85

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 08/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Heinardo Correa López | | |
| Numero de Cédula | 3[illegible]9754 | Fecha de Expedición | 19/12/61 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción. de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 24/9/38 Edad: 86

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 \| 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Angelica Diaz | | |
| Numero de Cédula | 20096628 | Fecha de Expedición | 30\|12\|59 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 24\|12\|32 Edad: 90

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18 \| 24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Angelica Diaz | | |
| Numero de Cédula | 20096628 | Fecha de Expedición | 30\|12\|59 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 24\|12\|32 Edad: 90

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **4** de **4** | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| **Siempre** | **A veces** | **Pocas veces** | **Nunca** |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| **Si** | **No** | **No sabe /No Informa** | **Prefiero no Hablar del tema** |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

9

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Argemiro José Hernández Lora | | |
| Numero de Cédula | 73092471 | Fecha de Expedición | 24/9/79 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 9/6/61 Edad: 63

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente X ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | X |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Argemiro José Hernández Lono | | |
| Numero de Cédula | 73092471 | Fecha de Expedición | 24/9/79 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 9/6/61 Edad: 63

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente X ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | X |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| ✓ | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_✓

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | ✓ | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

10

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Alvaro Boxo Delgado Delgado | | |
| Numero de Cédula | 10057383 | Fecha de Expedición | 6/3/67 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 10/10/48 Edad: 74

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Alvaro Boxo Delgado Delgado | | |
| Numero de Cédula | 10057383 | Fecha de Expedición | 6/3/67 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 10/10/48 Edad: 74

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Antonio Alberto Escobar Bernal | | |
| Numero de Cédula | 2920431 | Fecha de Expedición | 24/7/60 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 2/8/38 Edad: 84

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov. 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Antonio Alberto Escobar Bernal | | |
| Numero de Cédula | 2920431 | Fecha de Expedición | 24/7/60 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 2/8/38 Edad: 84

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **2** de **4** | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 2 de 4 | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Carlos Antonio Archibold | | |
| Numero de Cédula | 15241566 | Fecha de Expedición | 17/01/76 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino: _____

2. Fecha de Nacimiento 26/01/45 Edad: 74

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente _____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | |
| Compartida | X |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

2

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página **1** de **4** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Luis Alfonso Barrientos | | |
| Numero de Cédula | 6555739 | Fecha de Expedición | 16/09/64 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 14/12/41 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Muy Mala** |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

2

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA<br>**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** | Fecha de Aprobación: 14-09-2021 | Código: FO-MI-DS-133 | |
| | **PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**<br>FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA | Versión: 00 | Página 1 de 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del CBA | Hogar del Anciano San Pedro Claver | | |
| Fecha | Nov 18/24 | | |
| Nombres y Apellidos: | Luis Alfonso Barrientos | | |
| Numero de Cédula | 6555759 | Fecha de Expedición | 16/09/64 |

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 14/12/41 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

| | |
|---|---|
| 1 año o menos. | |
| 1 a 3 años | |
| 4 a 10 años | X |
| Más de 10 años | |

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

| | |
|---|---|
| Individual | X |
| Compartida | |

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy Malo |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy Mala |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

| Si | No | No sabe /No Informa | Prefiero no Hablar del tema |
|---|---|---|---|
| | X | | |

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

| Siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|
| X | | | |