FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Diosclina Celis.		
No. De identidad	21175414	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14#10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Los alimentos son ricos y quedamos llenos

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? los adulto debemos se puntuales al comer y nos gusta porque son cumplidores

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?

601

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-físico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Todo es muy bueno
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Gilberto Perez		
No. De identidad	5 882 712	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14#10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas	X				
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Estoy de acuerdo

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No he tenido.

604

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	X
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio mencione tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. mas azucar a los zugos
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? Ninguno

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Gilberto

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Juan Alarcon

606

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Ramon Garcia.		
No. De identidad	2.272.801	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14#10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Ninguna

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? Ninguna

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÒN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? Ninguna

6. ¿Los articulos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? Ninguna

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Mas paseos
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Manualidades - Pintura

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Jaime Jaron.		
No. De identidad	2. 841331	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José.		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No se pierde

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No reporte

_____

_____

610

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 469 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiero

6. ¿Los articulos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiero

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	X
Acompañamiento profesional de psicología	X
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Una Granja para cultivar
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

aprender a coser

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No reflexo

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Julian Alarcon

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-físico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	X

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Seria bueno tener en las cenas mas sopas
2. Una Bronza
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

- aprender algun arte

614

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No reporte

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA.

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Juan Alarcon

615

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Maria de los Angeles Tavera		
No. De identidad	65.814.457	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose.		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14-10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No reporto

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No reporto

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? Todo es nuevo

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Granja para trabajar
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

6/7

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

María Zarela

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Jaider Alarcon

6/8

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Jose Sergio Jimenez		
No. De identidad	4.067.015.	**Fecha**	Enero 29 – 25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón		x			
Atractivo visual		x			
Porciones adecuadas	x				
Servido	x				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No refiere

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

_____

_____

6/9

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	X
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. No refiere
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

629

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No tengo.

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X	MALO	
BUENO		PESIMO	
REGULAR			

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X	MALO	
BUENO		PESIMO	
REGULAR			

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:



FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Yeison Alarcon

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Jose del Carmen Cotorre.		
No. De identidad	17101155	**Fecha**	Enero 29 - 25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Calle 14 # 10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas		X			
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No refiere

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

_____

_____

62

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere.

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Brinda para trabajar
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

62

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÒN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÒN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No aplica

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Victor Julio Lopez.		
No. De identidad	3.297.493.	**Fecha**	Enero 24-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 10 -04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No refiere

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

_____

_____

625

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META A CARGO DEL CONVENIO 460 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-físico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio mencione tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. _____

2. _____

3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

- Aprender a hacer artesanías

626

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No reparo

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE		MALO	
BUENO	X	PESIMO	
REGULAR			

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X	MALO	
BUENO		PESIMO	
REGULAR			

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

627

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Federico Penzon.		
No. De identidad	444.973.	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Calle 14 10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No refiere

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

_____

_____

628

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No aplica

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No aplica

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-físico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	X
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. No aplica.
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

629

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FEd

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Juan Alvaron

630

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Luz Mery Bermudez		
No. De identidad	41805 407	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José.		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14#10-03

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No refiere

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? _____

_____

_____

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Los alimentos mas bajitos de Sal
2. Nos dan mucho poco
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Materiale de Pintura

632

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Luz Mery Bermudez

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Nona Bonal		
No. De identidad	41742.683.	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Calle 14-10-03

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No refiere

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

_____

_____

634

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. _____

2. _____

3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

635

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? No refiere.

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

636

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Luis Felipe Acevedo		
No. De identidad	1079870	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose.		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 10-03

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		✓			
Atractivo visual		✓			
Porciones adecuadas		✓			
Servido		✓			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	✓
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

637

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

_____

_____

_____

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1._____

2._____

3._____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

638

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

639

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Benedicta Calderon		
No. De identidad	41641700	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14-10-03

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Ninguno

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? No refiere

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere.

640

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicologia	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Queremos mas sopitas
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaria que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

641

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

_____

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Marcolino Castañeda		
No. De identidad	4.160.801	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Barrio Popotan

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	x
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Es bien atendida por el personal

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón	x				
Atractivo visual					
Porciones adecuadas	x				
Servido	x				

mas niños

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	x
NO	

¿Por qué? Esta deacuerdo con el horario

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	x

¿Qué inconveniente?

643

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	x
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?
Todo perfecto

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	x
NO	

¿Tiene alguna observación?
Todo es nuevo

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	✓
Acompañamiento profesional de fisioterapia	✓
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	✓
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Un espacio para poder hacer granja y sentirnos activos
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?
Tejidos - Artesanias

644

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

645

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Jose Tobias Agudelo		
No. De identidad	17301937	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Interna	**Dirección**	Hogar San Jose

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	x
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Las enfermeras nos atienden bien

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	x				
Atractivo visual	x				
Porciones adecuadas	x				
Servido	x				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Si esta deacuerdo con el horario

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	x

¿Qué inconveniente? Todo excelente.

646

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	x
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	x
NO	

¿Tiene alguna observación?
llegan nuevos y en buen estado

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	✓
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	✓
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	✓

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Un espacio en el campo para trabajar los adultos
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

-Reforzar lectura y escritura

647

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Jose Folias Izquierdo.

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Arz.

648

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Hernando Martinez Cavieches.		
No. De identidad	4' 893.184.	**Fecha**	Enero -29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Barrio Juan Mellao.

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X.
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: No refiere.

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón			X		
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

A veces salado o ahumado.

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

649

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?
El desodorante no es de buena calidad.

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	X

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Reducir condimentos y salsas
2. No restringan tanto los permisos de salida
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Trabajos en madera y arcilla.

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
No efuere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X

MALO	
PESIMO	

No dan permisos. para salir.

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:
Darwin Aza

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Luis Alberto Quintero		
No. De Identidad	3796350	**Fecha**	Enero 7a-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Interno	**Dirección**	Calle 14 10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Son respetuosas

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? la cena es muy temprano

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? Todo bien

652

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Mejorar la convivencia ya que hay
2. adultos que se orinan en los pasillos
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Luis A Cantero

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

459

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Horacio Neira Diaz		
No. De identidad	80277.112	**Fecha**	Enero 29 - 25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Interno	**Dirección**	Calle 14 10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Algunas auxiliares no son muy cordiales

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón				X	
Atractivo visual			X		
Porciones adecuadas				X	
Servido				X	

No le gusta hígado cocinado.
Muy poquito.

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	X
NO	

¿Qué inconveniente? A veces sale sin sal o Saludo.

5

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	X

Acompañamiento profesional de psicología	X
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Fechuga muy frecuente y llega sin sabor.
2. Arreglo de los baños y calentadores
3. Arreglar llaves de lavamanos

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

No refiere.

656

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
No refiere.

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X

MALO	
PESIMO	

No dan permisos entre semana a los internos.

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Horacio Ariza

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza.

65

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073684-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Hector Enrique Gamez		
No. De identidad	19354162	**Fecha**	Prado 79-75
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 17 #15-55 San Cristobal

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

658

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?
Quisiera cambiar jabon en barra por jabon en polvo.

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X.
NO	

¿Tiene alguna observación?
No refiere.

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	X.

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar cena por sopas,
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

No refiere

629

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
No ha realizado ninguna observación

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X.
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X.
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza.

60

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Eloecer Rodrigo Coella.		
No. De identidad	17621230	**Fecha**	Enero 24-25
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externo - Cabecera	**Dirección**	Cra 35 6-51 Inde.

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Son Atentas, sin embargo solicit que el paladeo sea asistido siempre por las enfermeras y q' se desperdicia comida. Poner delantales para paladeo.

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Es bueno

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?

61

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?
- Solicita cambiar las cuchillas de Afeitar

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	✓
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	✓

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	✓

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Es representante del Adulto Mayor y no esten dido en cuenta
2. para los procesos de llamado de atencion a los Adulto Solicita se cumpla con el manual de convivencia
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?
Tapetes – Artesanías – Pintura en Dorcelana.

652

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACÍAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	María de los Angeles Javela		
No. De identidad	65813452.	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externa	**Dirección**	Ciudadela Verde.

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Para salir para los permisos mas temprano.

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? _____

_____

_____

664

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. No dar amor todos los dias y dar mas ensalada
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

665

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
No refiere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

maria Tavera

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

666

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Luis Orente Pontecha Martino		
No. De identidad	17047746	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jos Centro Oida.		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Calle 15 12ª-20 Bo.

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: -Reparten mucho jugo de guayaba -las sopas son buenas -el pollo es rico.

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Esta de acuerdo con la hora de entrega de las 5 raciones.

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?
Es algo que nos beneficia

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?
Todo es nuevo.
-recomienda cambiar

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	✓
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	✓
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	✓
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Arreglo de los baños e instalacion de Orinales
2. Conseguir una espacio mas amplio para mejor disfrute.
3. Volver a tener salida desde la 1:00pm del Hogar y regresar a comer.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?
Artesanía. -

668

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	

¿Tiene alguna observación?
Algunas Veces

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	✓
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X

MALO	
PESIMO	

Quremos volver a salir a la U= por todos los días

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Luis U Bautista

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Doreen Aza

69

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Helarion Hernandez		
No. De identidad	10097273	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San Jose		
Modalidad	Interno	**Dirección**	Hogar San Jose

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Son excelentes trabajadoras

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas		X			
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Esta de acuerdo

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	X
NO	

¿Qué inconveniente? - No le gusta el picado por eso a tenido inconvenientes

6:10

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	✓
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	✓

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	✓
Entrega de uniformes	✓

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Que nos dejaba a dejar salir a la 1pm. ya que nos aburro
2. las instalaciones de los baños
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

67

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X

MALO	
PESIMO	

Necesitamos salir a la 1 pm.

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

672

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Antonio Rodriguez Rodriguez		
No. De identidad	17012033.	**Fecha**	Enero 24-25.
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Calle 14-10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Algunas auxiliares entregan los alimentos no de la mejor manera

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón				X	
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas				X	
Servido			X		

Arroz sin sabor. carne desmechada.

Porciones pequeñas.

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	X
NO	

¿Qué inconveniente? El arroz llega sin sabor y la carne desmechada llega con mucha salsa y realiza daño estomacal

673

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?
Recomendacion tamaño de la crema dental y jabon de baño (ampliar).

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X.
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	X
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Mayor tiempo en terapia fisica (tiempos reducidos).
2. No cobrabilizar a los adultos por el aseo de las instalaciones
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

No refiere

634

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
Conflictos y provocacion por los adultos mayores y no soluciones

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	X.

MALO	
PESIMO	

-No se esta prestando servicio referencia a externos y no dan permiso para agendar citas.

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:
Darwin Aza
Erika Sierra

635

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Aranas Heredez Guillen.		
No. De identidad	191716	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Calle 14-10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón			X		
Atractivo visual		X.			
Porciones adecuadas		X.			
Servido		X			

Arroz muy seguido.

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X.
NO	

¿Por qué? No refiere

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

_____

_____

676

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

_____

_____

_____

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	
Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Alimentacion con mas fruta y verdura.
2. Ampliar huerta está muy reducida.
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Pintura en ceramica, y madera

679

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
No refiere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Ananias Mendez

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Arce

678

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Alfonso Rueda Bocanegra		
No. De Identidad	3269874	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José		
Modalidad	externo.	**Dirección**	Calle 14-10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: No refiere

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón		X.			
Atractivo visual		X.			
Porciones adecuadas		X.			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X.
NO	

¿Por qué? Para llegar a la casa temprano

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

627

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

_____

_____

_____

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	X

Acompañamiento profesional de psicología	X
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. No refiere
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

No refiere

680

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
No refiere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

681

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Elpidio Gonzalez.		
No. De Identidad	17290283	**Fecha**	Enero 29-25
Centro al que pertenece	Hogar San José.		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14-10-04

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X.
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: No refiere

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón			X.		
Atractivo visual		X.			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X.
NO	

¿Por qué? Se facilita el servicio para las auxiliares de servicios generales para su labor de limpieza.

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? No refiere

65

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024.

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?
No refiere

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?
No refiere.

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	X
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Mejorar preparación de los jugos llegan muy claritos
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Dibujo y pintura.

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	X

¿Tiene alguna observación?
No refiere

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Elpidio González

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Doreen Arce

684

ZONA ALTA

TELEFONO: 310 217 9384, E-MAIL: adriana.interventora@gmail.com

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Celsa Matilde Torralba		
No. De identidad	41420024	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Tora. A&g		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 43-8

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Es un buen Servicio

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? los adultos deberíamos comer temprano

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? mucho pan

686

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

_____

_____

_____

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. hacer manualidades
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Tejer Pintar

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACÍAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

_____

_____

_____

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X	MALO	
BUENO		PESIMO	
REGULAR			

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X	MALO	
BUENO		PESIMO	
REGULAR			

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

654

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	María Geraldina Salas		
No. De identidad	21690064	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

687

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Necesitamos elementos de laborterapia
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Pintura

690

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Lina Alarcon

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Fermiano Ruiz.		
No. De identidad	12252 442.	**Fecha**	Enero 22/23
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 #14-73-72

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	✓
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón			X		
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	✓

¿Qué inconveniente?_____

692

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar los menus por que cansa lo mismo
2. Prestar el servicio de citas medicas
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

hacer proyectos que entretengan a los adultos

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073564-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

699

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Ana Felisa Romero		
No. De Identidad	70.658369	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externa	**Dirección**	Calle 14 #43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

65

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-físico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Todo esta bien
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Cosas que uno pueda aprender para vender

696

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Laureano Romero		
No. De identidad	7230540	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Unidad Zona alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 43-7

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		1			
Servido		+			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

698

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Todo bien muy agradecidos
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Manualidade de pintura de bizcochos

69

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Antonio Pozo		
No. De identidad	3793 455	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 43-3

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	✓
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	x				
Atractivo visual	x				
Porciones adecuadas	x				
Servido	x				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	✓
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	✓

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. hacer mas salidas recreativa ojala fuera de Acacias
2. hacer actividades con la Familia
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

702

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

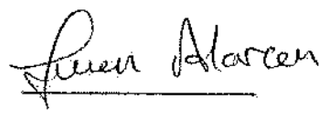
EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:



FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:



ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	María Inés Cantor.		
No. De identidad	21 774 583	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externa	**Dirección**	Calle 14 ~~#~~ - 2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

304

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	X
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Todo bien.
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

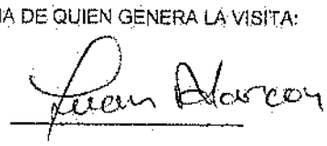
EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:



FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:



305

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Rita Delia Beltran		
No. De identidad	20 314.609	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Orda Zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 #42-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

206

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1.
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Mas Manualidades

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Julian Atarcon

208

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Adona Bayuero Morales		
No. De identidad	21473164	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Zona alta		
Modalidad	Cadena	**Dirección**	Calle 14 43-2-21

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Nos pregla un buen servicio.
- siempre utiliza elementos de protección

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Actividades de Granja
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

9/0

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

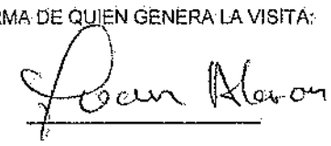
EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:



FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:



211

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	María Rosalina Cardenas.		
No. De identidad	41 757 196	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centavida Tona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 #12-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

712

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1.
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073564-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Jaider Alarcon

214

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Lucila Restrepo		
No. De identidad	30003 655	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual			X		
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

215

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	X
Servicio de la alimentación	
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Nos dan mucho pan
2. Cambiar el burrito
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

916

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

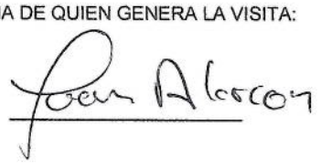
EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:



FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:



2/2

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Maria Luisa Quevedo		
No. De identidad	41480307	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14H 43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

2/8

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar unas cena como el burrito
2. en las cenas dar sopas.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

3/9

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	✓
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	✓
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	✓
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

220

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Julio Patiño.		
No. De identidad	5597.778	**Fecha**	Enero 27/23
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona alta		
Modalidad	Adulto.	**Dirección**	Calle 14 # 43-72

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

321

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar algunas Preparaciones
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Mas Materiales de laborterapia

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Roquejolio Pato.

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

223

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Rosa Elena Perez.		
No. De identidad	21198887.	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 #14-3-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	✓				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	✓				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? _____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? _____

_____

_____

224

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar el borrito y algunas preparaciones
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

276

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Leonardo Palacios		
No. De Identidad	8766878	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona alta		
Modalidad	Externado	**Dirección**	Calle 14 #43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

22

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar el borrito - hacer Sopas alacarta
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Daroni Aza

729

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Cosme Ortiz		
No. De identidad	3295354.	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

230

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	✓
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	✓
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	✓
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	9
Acompañamiento de enfermería	4
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Todo bien
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

_____

731

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Deiveon Aza

23

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Edilberto Galeano.		
No. De identidad	1a 458.409	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14-43-1

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Son buenas personas Siempre entregan bien los platos

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual			X		
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Nos gusta recibir los alimentos los fines de Semana

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?

233

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que? Todos los productos que nos entregan son buenos y necesarios

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Queremos mas materiales para hacer manualidades
2. Que nos den alimentación los fines de Semana
3. Que los talleres de las profesionales sean activos

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

aprender hacer collares - Pintar - Tejer Sillos

734

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?
algunas veces.

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Dorwin Aza.

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Ana Rosa Gomez		
No. De identidad	21212588	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Dido Zona Alta		
Modalidad	-Externo-	**Dirección**	Calle 14 # 43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	+
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: No tengo

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón			+		
Atractivo visual			x		
Porciones adecuadas		+			
Servido		+			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	x
NO	

¿Por qué? Por que es bueno que den la comida temprano

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	x

¿Qué inconveniente? Ninguno

736

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? Todo es bonito

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	X
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Mas juego
2. Que nos ayuden para la alimentacion del FDS
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Pintar Bizcochos - Curso de costura

23

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:



FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Arel

738

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Florentino Jimenez		
No. De identidad	454 888.	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Oda Zona Alta		
Modalidad	Externo.	**Dirección**	Calle 14 A 43-7

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Ninguna

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué? Temprano y es bueno

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente? Nunca

23

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación? Ninguno

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	X
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	X

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Todo esta bien
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

aprender a hacer cosas productivas no solo. pintar hojas

340

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza

241

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Raul Antonio Leal		
No. De identidad	3282300	**Fecha**	Enero 22/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Zona Alta		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Calle 14 # 43-2

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: Dan mucho Pan

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón		X			
Atractivo visual		X			
Porciones adecuadas		X			
Servido		X			

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?

342

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	+

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar los menus porque siempre lo mismo
2. _____
3. _____

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Cosas que llamen la atencion de nosotros los adultos

343

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza.

244

DINAMARCA

TELEFONO: 310 217 9384, E-MAIL: adriana.interventora@gmail.com

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Amanda Rodriguez.		
No. De identidad	46755172	**Fecha**	Enero 8/25
Centro al que pertenece	Centro Dodo Danza		
Modalidad	Futuro	**Dirección**	Insp Bianca

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

_____

_____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

_____

_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

_____

_____

346

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073654-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	X
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.
   1. Todo esta bien
   2. hacer mas Salidas recreativas
   3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?
   Pintar

347

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

10. ¿Cuándo ha hecho observaciones sobre el servicio recibido por parte del programa, le han dado solución oportuna?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

11. ¿Cómo le parece el programa Adulto Mayor en el municipio de Acacias?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

12. ¿cómo se siente con los protocolos de permisos y convivencia en el programa?

EXCELENTE	X
BUENO	
REGULAR	

MALO	
PESIMO	

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

FIRMA DE QUIEN GENERA LA VISITA:

Darwin Aza.

246

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

Nombre del usuario	Luis Carlos Rodriguez		
No. De identidad	17790197.	**Fecha**	Enero 8/25
Centro al que pertenece	Centro Vida Dinamarca		
Modalidad	Externo	**Dirección**	Insp Dinamarca

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

1. ¿Cómo describe el servicio recibido por el equipo de auxiliares de reparto que entregan las raciones de alimentos?

EXCELENTE	
BUENO	X
REGULAR	
MALO	
PESIMO	

Si tiene alguna observación referente al servicio de entrega de raciones ¿cuál es?

Observación: _____

2. ¿Los alimentos que recibe por parte del programa como los califica?

Calidad/Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Sazón	X				
Atractivo visual	X				
Porciones adecuadas	X				
Servido	X				

3. ¿El horario en el que le llegan las raciones le parece adecuado?

SI	X
NO	

¿Por qué?_____

4. ¿Alguna vez ha tenido inconvenientes con el servicio de alimentación?

SI	
NO	X

¿Qué inconveniente?_____

ADRIANA MARIA VERA MONROY
NIT: 52073664-2

FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR PARTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR Y CENTROS VIDA EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META-A CARGO DEL CONVENIO 468 DE 2024

KIT DE ASEO

5. ¿Se siente conforme con el kit de aseo suministrado por el programa?

SI	✓
NO	

Si la respuesta es no ¿Por Que?

6. ¿Los artículos de aseo entregados llegan empacados y nuevos?

SI	X
NO	

¿Tiene alguna observación?

OTROS SERVICIOS

7. ¿De los servicios y/o acompañamientos que suministra el programa, cuáles son los tres que más le gustan?

SERVICIOS Y/O ACOMPAÑAMIENTOS	
Servicio de la alimentación	X
Acompañamiento profesional por parte del edu-fisico	
Acompañamiento profesional de fisioterapia	
Acompañamiento profesional del trabajador social	

Acompañamiento profesional de psicología	
Acompañamiento por el profesional de laborterapia (manualidades)	X
Acompañamiento de enfermería	X
Entrega de kits de aseo mensual	X
Entrega de uniformes	

8. De acuerdo a su criterio menciones tres cosas que es necesario mejorar por parte del programa.

1. Cambiar algunos menus "bonito"
2.
3.

9. ¿Qué tipo de manualidad le gustaría que se incluyera en el servicio de laborterapia (manualidades)?

Porcelanes — Tejer

25