COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y DE GESTION

OFICIOS DE GESTIONES

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

Cantón del san pablo 27 de agosto del 2025

Señora:

REGISTRADORA DEL MUNICIPIO CANTON DEL SAN PABLO

CORDIAL SALUDO

Asunto: solicitar una copia del registro civil de un usuario del programa modalidad familiar del ICBF.

Respetado saludo.

Como profesional vinculado al programa de atención integral a la primera infancia "en la modalidad propia e intercultural. operado por la fundación **Chocó social** en el Municipio de cantón del san pablo, quienes trabajamos por el bienestar de los niños, niñas, madres gestantes y comunidad en general, aportando una mejor calidad de vida a través de las entidades correspondientes de orden nacional, departamental y municipal, me dirijo a usted con el propósito de solicitar su apoyo en el proceso de garantía de derecho a los niños y niñas, citando el principio de corresponsabilidad y de articulación interinstitucional para la garantía de los derechos de la población infantil consagrados en la **ley 1098 de 2006,** que en su **artículo 10. Corresponsabilidad.** "*Para los efectos de este código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección. La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado.*

No obstante, lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes."

Como es de su pleno conocimiento queremos expresarle nuestra preocupación en el programa DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR ya que uno de nuestros usuarios cuenta con el registro civil ilegible o con enmendadura, por lo tanto, requerimos de

Rd- 29/08/2025 Hora: 10:44 am

su valiosa colaboración para que nos facilite una copia del registro civil los cuales nombrare a continuación:

NOMBRE COMPLETO	NUIP
Mairen Wilenny Parra Martinez	1078859395
Llian Mateo Andrades Martinez	1078859379

Esperando contar con la respuesta y las acciones oportunas a nuestra solicitud, muchas gracias.

Solicitamente.

Sirley Murillo M.

SIRLEY MURILLO MOSUERA
PSICOSOCIAL
Fundación Chocó Social.

APERTURA BUZON DE SUGERENCIAS

Operador contratista FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REVISIÓN DE PQRS	
Fecha:	29 - 08 - 2025
Lugar:	Guarumo
Nombre de la actividad:	**Acta de apertura y revisión PQRS**
Objetivo de la actividad:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la unidad de atención antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta o la implementación de una acción de mejora.
Responsable:	**AGENTE EDUCATIVA COMUNITARIA**

AGENDA

- Saludo de bienvenida
- Apertura del buzón de sugerencias.
- Verificación del contenido.
- Elaboración y firma del acta de revisión.

DESARROLLO

Siendo las 2:00 PM horas del día 29 de Agosto de 2025, se procede con la apertura del buzón de sugerencias, para hacer el registro de las PQRSD recibidas por este medio en el transcurso del mes de Agosto 2025, en presencia del (los) testigo(s) que suscribirán la presente Acta. Se verifica el contenido del buzón, y se procede a clasificar, contar, foliar y registrar las PQRSD depositadas él, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL
PETICIONES	0
QUEJAS	0
RECLAMOS	0
SUGERENCIAS	0
DENUNCIAS	0
FELICITACIONES	0
TOTAL	0

Una vez identificadas las PQRSD y haber realizado la clasificación de los mismos o por lo menos la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en esta acta y se envían un reporte a la coordinación del programa, para ser radicadas y distribuidas a la dependencia competente de su respuesta en relación a su naturaleza.

Con lo anterior se cierra el evento siendo las 2:30 PM horas, firmando quienes intervenimos en el presente acto:

Firma. Solmira M. V
Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma. Jesania M
Testigo 1 Usuario.

Firma. Karen L r
Testigo 2 otro.

Firma.

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Operador contratista FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REVISIÓN DE PQRS

Fecha:	29-08-2025
Lugar:	Puerto Pervel
Nombre de la actividad:	**Acta de apertura y revisión PQRS**
Objetivo de la actividad:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la unidad de atención antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta o la implementación de una acción de mejora.
Responsable:	**AGENTE EDUCATIVA COMUNITARIA**

AGENDA

- Saludo de bienvenida
- Apertura del buzón de sugerencias.
- Verificación del contenido.
- Elaboración y firma del acta de revisión.

DESARROLLO

Siendo las 2:00pm horas del día 29 de Agosto de 2025, se procede con la apertura del buzón de sugerencias, para hacer el registro de las PQRSD recibidas por este medio en el transcurso del mes de Agosto 2025, en presencia del (los) testigo(s) que suscribirán la presente Acta. Se verifica el contenido del buzón, y se procede a clasificar, contar, foliar y registrar las PQRSD depositadas él, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL
PETICIONES	0
QUEJAS	0
RECLAMOS	0
SUGERENCIAS	0
DENUNCIAS	0
FELICITACIONES	0
TOTAL	0

Una vez identificadas las PQRSD y haber realizado la clasificación de los mismos o por lo menos la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en esta acta y se envían un reporte a la coordinación del programa, para ser radicadas y distribuidas a la dependencia competente de su respuesta en relación a su naturaleza.

Con lo anterior se cierra el evento siendo las 2:45pm horas, firmando quienes intervenimos en el presente acto:

Firma.
Florinita mena
Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.
Ana María G
Testigo 1 Usuario.

Firma.
marisol murillo
Testigo 2 otro.

Firma.

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Operador contratista FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REVISIÓN DE PQRS	
Fecha:	29-08-2025
Lugar:	Tarido 2
Nombre de la actividad:	**Acta de apertura y revisión PQRS**
Objetivo de la actividad:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la unidad de atención antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta o la implementación de una acción de mejora.
Responsable:	**AGENTE EDUCATIVA COMUNITARIA**

AGENDA

- Saludo de bienvenida
- Apertura del buzón de sugerencias.
- Verificación del contenido.
- Elaboración y firma del acta de revisión.

DESARROLLO

Siendo las 2:00 Pm horas del día _____ de Agosto de _2025_____, se procede con la apertura del buzón de sugerencias, para hacer el registro de las PQRSD recibidas por este medio en el transcurso del mes de Agosto 2025, en presencia del (los) testigo(s) que suscribirán la presente Acta. Se verifica el contenido del buzón, y se procede a clasificar, contar, foliar y registrar las PQRSD depositadas él, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL
PETICIONES	0
QUEJAS	0
RECLAMOS	0
SUGERENCIAS	0
DENUNCIAS	0
FELICITACIONES	0
TOTAL	0

Una vez identificadas las PQRSD y haber realizado la clasificación de los mismos o por lo menos la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en esta acta y se envían un reporte a la coordinación del programa, para ser radicadas y distribuidas a la dependencia competente de su respuesta en relación a su naturaleza.

Con lo anterior se cierra el evento siendo las 2:30 Pm horas, firmando quienes intervenimos en el presente acto:

Firma.

E. Samira Palacios

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma. 

Testigo 1 Usuario.

Firma. 

Testigo 2 otro.

Firma.

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Operador contratista FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REVISIÓN DE PQRS	
Fecha:	29-08-2025
Lugar:	Tarido 1
Nombre de la actividad:	**Acta de apertura y revisión PQRS**
Objetivo de la actividad:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la unidad de atención antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta o la implementación de una acción de mejora.
Responsable:	**AGENTE EDUCATIVA COMUNITARIA**

AGENDA

- Saludo de bienvenida
- Apertura del buzón de sugerencias.
- Verificación del contenido.
- Elaboración y firma del acta de revisión.

DESARROLLO

Siendo las 2:00Pm horas del día _____ de Agosto de _2025_____, se procede con la apertura del buzón de sugerencias, para hacer el registro de las PQRSD recibidas por este medio en el transcurso del mes de Agosto 2025, en presencia del (los) testigo(s) que suscribirán la presente Acta. Se verifica el contenido del buzón, y se procede a clasificar, contar, foliar y registrar las PQRSD depositadas él, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL
PETICIONES	0
QUEJAS	0
RECLAMOS	0
SUGERENCIAS	0
DENUNCIAS	0
FELICITACIONES	0
TOTAL	0

Una vez identificadas las PQRSD y haber realizado la clasificación de los mismos o por lo menos la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en esta acta y se envían un reporte a la coordinación del programa, para ser radicadas y distribuidas a la dependencia competente de su respuesta en relación a su naturaleza.

Con lo anterior se cierra el evento siendo las 2:50Pm horas, firmando quienes intervenimos en el presente acto:

Firma.

FLOR MARIA PALACIOS

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Testigo 1 Usuario.

Firma.

Testigo 2 otro.

Firma.

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REVISIÓN DE PQRS	
Fecha:	29-08-2025
Lugar:	Managua 1
Nombre de la actividad:	Acta de apertura y revisión PQRS
Objetivo de la actividad:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la unidad de atención antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta o la implementación de una acción de mejora.
Responsable:	AGENTE EDUCATIVA COMUNITARIA

AGENDA

- Saludo de bienvenida
- Apertura del buzón de sugerencias.
- Verificación del contenido.
- Elaboración y firma del acta de revisión.

DESARROLLO

Siendo las 2:00 Pm horas del día 29 de Agosto de 2025, se procede con la apertura del buzón de sugerencias, para hacer el registro de las PQRSD recibidas por este medio en el transcurso del mes de Agosto 2025, en presencia del (los) testigo(s) que suscribirán la presente Acta. Se verifica el contenido del buzón, y se procede a clasificar, contar, foliar y registrar las PQRSD depositadas él, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL
PETICIONES	0
QUEJAS	0
RECLAMOS	0
SUGERENCIAS	0
DENUNCIAS	0
FELICITACIONES	0
TOTAL	0

Una vez identificadas las PQRSD y haber realizado la clasificación de los mismos o por lo menos la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en esta acta y se envían un reporte a la coordinación del programa, para ser radicadas y distribuidas a la dependencia competente de su respuesta en relación a su naturaleza.

Con lo anterior se cierra el evento siendo las 2:30Pm horas, firmando quienes intervenimos en el presente acto:

Firma. Tania Hinestroza M.
Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma. Yadira Rivas
Testigo 1 Usuario.

Firma.
Testigo 2 otro.

Firma.

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REVISIÓN DE PQRS	
Fecha:	29/08/2025
Lugar:	MANAGUA 2
Nombre de la actividad:	**Acta de apertura y revisión PQRS**
Objetivo de la actividad:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la unidad de atención antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta o la implementación de una acción de mejora.
Responsable:	**AGENTE EDUCATIVA COMUNITARIA**

AGENDA

- Saludo de bienvenida
- Apertura del buzón de sugerencias.
- Verificación del contenido.
- Elaboración y firma del acta de revisión.

DESARROLLO

Siendo las 2:00 PM horas del día 29 de Agosto de 2025, se procede con la apertura del buzón de sugerencias, para hacer el registro de las PQRSD recibidas por este medio en el transcurso del mes de Agosto 2025, en presencia del (los) testigo(s) que suscribirán la presente Acta. Se verifica el contenido del buzón, y se procede a clasificar, contar, foliar y registrar las PQRSD depositadas él, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL
PETICIONES	0
QUEJAS	0
RECLAMOS	0
SUGERENCIAS	0
DENUNCIAS	0
FELICITACIONES	0
TOTAL	0

Una vez identificadas las PQRSD y haber realizado la clasificación de los mismos o por lo menos la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en esta acta y se envían un reporte a la coordinación del programa, para ser radicadas y distribuidas a la dependencia competente de su respuesta en relación a su naturaleza.

Con lo anterior se cierra el evento siendo las 2:45 PM horas, firmando quienes intervenimos en el presente acto:

Firma.

Cindy Paola Murillo Cordoba

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Sara Mosquera

Testigo 1 Usuario.

Firma.

Maira Martinez

Testigo 2 otro.

Firma.

Responsable Apertura del Buzón EAS

Firma.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REVISIÓN DE PQRS

Fecha:	29-08-2025
Lugar:	Campo Bonito
Nombre de la actividad:	**Acta de apertura y revisión PQRS**
Objetivo de la actividad:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la unidad de atención antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta o la implementación de una acción de mejora.
Responsable:	**AGENTE EDUCATIVA COMUNITARIA**

AGENDA

- Saludo de bienvenida
- Apertura del buzón de sugerencias.
- Verificación del contenido.
- Elaboración y firma del acta de revisión.

DESARROLLO

Siendo las 2:00 Pm horas del día 29 de Agosto de 2025, se procede con la apertura del buzón de sugerencias, para hacer el registro de las PQRSD recibidas por este medio en el transcurso del mes de Agosto 2025, en presencia del (los) testigo(s) que suscribirán la presente Acta. Se verifica el contenido del buzón, y se procede a clasificar, contar, foliar y registrar las PQRSD depositadas él, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL
PETICIONES	0
QUEJAS	0
RECLAMOS	0
SUGERENCIAS	0
DENUNCIAS	0
FELICITACIONES	0
TOTAL	0

Una vez identificadas las PQRSD y haber realizado la clasificación de los mismos o por lo menos la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en esta acta y se envían un reporte a la coordinación del programa, para ser radicadas y distribuidas a la dependencia competente de su respuesta en relación a su naturaleza.

Con lo anterior se cierra el evento siendo las 2:45 Pm horas, firmando quienes intervenimos en el presente acto:

Firma.	**Firma.**	**Firma.**
Emiliano Sabugova		
Responsable Apertura del Buzón EAS	**Testigo 1 Usuario.**	**Testigo 2 otro.**

ANALISIS DE LA ENCUESTA DE SATISFACION DEL SERVICIO

ANALISIS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACION APLICADA.

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL, SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL

MUNICIPIO: CANTÓN DE SAN PABLO

CTO. 128

SEGUNDA APLICACIÓN

AGOSTO DE 2025

ANALISIS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION

La atención a la primera infancia ha demostrado tener un importante impacto sobre el futuro de las mujeres gestante, niños y niñas, sus familias y la sociedad en general. Reconociendo estos beneficios, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en pro de darle cumplimiento a los compromisos y obligaciones con los programas, en asocio con la **Fundación Choco Social** se proyecta atender a la primera infancia en el marco de la estrategia de CERO a SIEMPRE, de conformación con las directrices, lineamientos y parámetros establecidos por el **ICBF.** En esta puesta en marcha de la atención a la primera infancia mediante la Modalidad Propia e Intercultural a niños y niñas entre los 0 y los 4 años 11 meses y 29 días, a la mujer gestante y la comunidad en general en el municipio de Cantón Del San Pablo, especialmente para aquellos que se encuentran en situación de pobreza extrema y vulnerabilidad.

Analizar los resultados de esta encuesta nos ayuda a conocer lo que saben, lo que piensan y lo que quieren nuestros usuarios, las inquietudes que tienen algunos usuarios y a detallar las pequeñas falencias que pueden existir en la prestación del servicio.

❖ Objetivo General

Medir el grado de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios prestados por la EAS Fundación Chocó Social en la Modalidad Propia e intercultural, en el Municipio de Cantón De San Pablo a fin de detectar aspectos de mejora que contribuyan a conseguir una mejor percepción del servicio y proponer e implementar acciones de mejora.

❖ Objetivos Específicos

1. Identificar oportunidades de mejora en la prestación del servicio.

2. Cuantificar la satisfacción del servicio prestado por la EAS en la Modalidad Propia e intercultural.

❖ Metodología

Se garantiza la protección de la información bajo la ley de habeas data, dejando claro que la información personal recogida es confidencial y sólo será utilizada por el ICBF con fines netamente estadísticos y de caracterización, estos datos nunca serán utilizados a nombre propio, ni para un fin diferente al ya mencionado. Este proyecto se acoge al principio de confidencialidad de la información establecido en la Ley de Habeas Data. Una encuesta que se suministró a los usuarios, quienes la realizaron de forma voluntaria.

❖ Muestra

En este caso la población es finita, es por ello que se utilizó una muestra de 100 usuarios, encuestas que se administra a padres de familias, cuidadores y comunidad en general, en cada una de las UCA del Cto. 128, en el municipio de Cantón De San Pablo.

ANALISIS PREGUNTA POR PREGUNTA

¿Cuál de los siguientes nombres corresponde a la entidad que le presta el servicio?

RESPUESTA	TOTAL
FUNDACIÓN SOCIAL	0
FUNDACION CHOCÓ	0
FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL	100
TOTAL	100



Se evidencia que el 100% de los beneficiarios dice que la entidad se llama fundación Chocó Social.

PREGUNTA 1

¿se siente satisfecho con el servicio que recibe?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100



El 100% de los encuestados se encuentran satisfechos con el servicio que reciben.

PREGUNTA 2

¿Está a gusto con los agentes comunitarios que se encuentran en la unidad de servicio?

RESPUESTA	TOTAL
SI	92
NO	2
TOTAL	100



El 100% de los usuarios encuestados está a gusto con los agentes comunitarios que se encuentran en la unidad de servicio

PREGUNTA 3

¿se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla de la atención?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100



Se evidencia las usuarias se sienten satisfechas con el horario de atención.

PREGUNTA 4

¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas?



El 100% de los usuarios encuestados está a gusto con los agentes comunitarios que se encuentran en la unidad de servicio

PREGUNTA 3

¿se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla de la atención?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100



Se evidencia las usuarias se sienten satisfechas con el horario de atención.

PREGUNTA 4

¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas?



Los profesionales que trabajan en la UCA le brindan presentan un buen dominio sobre el tema a tratar

PREGUNTA 6

¿el acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100



El 100% de los beneficiarios está satisfecho con el acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada.

PREGUNTA 7

¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100

¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?



El 100% de los beneficiarios está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud

PREGUNTA 8

¿Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de la atención?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100



El 100% Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de la estrategia

PREGUNTA 9

¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100



el 100% de los beneficiarios está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario.

PREGUNTA 10

¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100



a los beneficiarios les agrada la calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales.

Pregunta 11

¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?

RESPUESTA	TOTAL
SI	100
NO	0
TOTAL	100

está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?



Los beneficiarios están satisfechos con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales

CONCLUSION

De los 135 usuarios de la Modalidad Propia se les aplicó la encuesta de satisfacción a 100 usuarios entre madres gestantes, padres de familia, cuidadores y comunidad en general, se logra evidenciar que la población se encuentra bastante satisfecha con el servicio que se brinda, siendo sus respuestas más reiteras (sí). De esta manera se puede inferir que el grado de aceptación de la modalidad Propia e Intercultural operada por la Fundación Chocó Social, en el municipio de Cantón De San Pablo, en el Cz. Tado, según los encuestados, es ampliamente positiva y coherente con los lineamientos establecidos para la prestación del servicio y las necesidades de la población atendida en función del mejoramiento de su calidad de vida y un desarrollo integral.

MUESTRAS DE LA ENCUESTAS APLICADAS

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

SEGUNDA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AÑO 2025

Marque con una X la respuesta correcta

¿Cuál de los siguientes nombres corresponden a la entidad que presta el servicio?

A. FUNDACIÓN SOCIAL: X

B. CHOCÓ SOCIAL:

C. FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL:

2. **Marque con una X si o no a la pregunta**

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está satisfecho con el servicio que recibe?	✓	
2	¿Está a gusto con los agentes comunitaria que se encuentran en la unidad de servicio?	✓	
3	¿Se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla la actividad?	✓	
4	¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas ?	✓	
5	¿(El) o (los) profesional (es) tiene el dominio del tema a tratar?	✓	
6	¿El acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?	✓	
7	¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?	✓	
8	¿Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de las actividades?	✓	
9	¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?	✓	
10	¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?	✓	
11	¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?	✓	

Fecha de ampliación de la presente encuesta AGOSTO de 2025

Marque con una x si se le socializó el propósito de la presente encuesta si ( ) no ( ).
¡POR AYUDARNOS A MEJOR Y PODER PRESTAR UN SERVICIO CON MAS CALIDAD, MUCHAS GRACIAS!

Powered by CamScanner

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

SEGUNDA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AÑO 2025

Marque con una X la respuesta correcta

¿Cuál de los siguientes nombres corresponden a la entidad que presta el servicio?

A. FUNDACIÓN SOCIAL: X

B. CHOCÓ SOCIAL:

C. FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL:

2. **Marque con una X si o no a la pregunta**

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está satisfecho con el servicio que recibe?	✓	
2	¿Está a gusto con los agentes comunitaria que se encuentran en la unidad de servicio?	✓	
3	¿Se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla la actividad?	✓	
4	¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas ?	✓	
5	¿(El) o (los) profesional (es) tiene el dominio del tema a tratar?	✓	
6	¿El acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?	✓	
7	¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?	✓	
8	¿Sienta agrado con el trato recibido en el desarrollo de las actividades?	✓	
9	¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?	✓	
10	¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?	✓	
11	¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?	✓	

Fecha de ampliación de la presente encuesta AGOSTO de 2025

Marque con una x si se le socializó el propósito de la presente encuesta si ( ) no ( ).
¡POR AYUDARNOS A MEJOR Y PODER PRESTAR UN SERVICIO CON MAS CALIDAD, MUCHAS GRACIAS!

Powered by CamScanner

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

SEGUNDA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AÑO 2025

Marque con una X la respuesta correcta

¿Cuál de los siguientes nombres corresponden a la entidad que presta el servicio?

A. FUNDACIÓN SOCIAL: X

B. CHOCÓ SOCIAL:

C. FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL:

2. **Marque con una X si o no a la pregunta**

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está satisfecho con el servicio que recibe?	✓	
2	¿Está a gusto con los agentes comunitaria que se encuentran en la unidad de servicio?	✓	
3	¿Se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla la actividad?	✓	
4	¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas ?	✓	
5	¿(El) o (los) profesional (es) tiene el dominio del tema a tratar?	✓	
6	¿El acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?	✓	
7	¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?	✓	
8	¿Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de las actividades?	✓	
9	¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?	✓	
10	¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?	✓	
11	¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?	✓	

Fecha de ampliación de la presente encuesta AGOSTO de 2025

Marque con una x si se le socializó el propósito de la presente encuesta si ( ) no ( ).

¡POR AYUDARNOS A MEJOR Y PODER PRESTAR UN SERVICIO CON MAS CALIDAD, MUCHAS GRACIAS!

Powered by CamScanner

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

SEGUNDA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AÑO 2025

Marque con una X la respuesta correcta

¿Cuál de los siguientes nombres corresponden a la entidad que presta el servicio?

A. FUNDACIÓN SOCIAL: X

B. CHOCÓ SOCIAL:

C. FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL:

2. **Marque con una X si o no a la pregunta**

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está satisfecho con el servicio que recibe?	✓	
2	¿Está a gusto con los agentes comunitaria que se encuentran en la unidad de servicio?	✓	
3	¿Se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla la actividad?	✓	
4	¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas ?	✓	
5	¿(El) o (los) profesional (es) tiene el dominio del tema a tratar?	✓	
6	¿El acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?	✓	
7	¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?	✓	
8	¿Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de las actividades?	✓	
9	¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?	✓	
10	¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?	✓	
11	¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?	✓	

Fecha de ampliación de la presente encuesta __AGOSTO de 2025_____

Marque con una x si se le socializó el propósito de la presente encuesta si ( ) no ( ).

¡POR AYUDARNOS A MEJOR Y PODER PRESTAR UN SERVICIO CON MAS CALIDAD, MUCHAS GRACIAS!

Powered by CamScanner

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

SEGUNDA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AÑO 2025

Marque con una X la respuesta correcta

¿Cuál de los siguientes nombres corresponden a la entidad que presta el servicio?

A. FUNDACIÓN SOCIAL: X
B. CHOCÓ SOCIAL:
C. FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL:

2. **Marque con una X si o no a la pregunta**

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está satisfecho con el servicio que recibe?	✓	
2	¿Está a gusto con los agentes comunitaria que se encuentran en la unidad de servicio?	✓	
3	¿Se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla la actividad?	✓	
4	¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas ?	✓	
5	¿(El) o (los) profesional (es) tiene el dominio del tema a tratar?	✓	
6	¿El acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?	✓	
7	¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?	✓	
8	¿Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de las actividades?	✓	
9	¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?	✓	
10	¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?	✓	
11	¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?	✓	

Fecha de ampliación de la presente encuesta AGOSTO de 2025

Marque con una x si se le socializó el propósito de la presente encuesta si ( ) no ( ).
¡POR AYUDARNOS A MEJOR Y PODER PRESTAR UN SERVICIO CON MAS CALIDAD, MUCHAS GRACIAS!

Powered by CamScanner

Operador comunitario

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

SEGUNDA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AÑO 2025

Marque con una X la respuesta correcta

¿Cuál de los siguientes nombres corresponden a la entidad que presta el servicio?

A. FUNDACIÓN SOCIAL: X

B. CHOCÓ SOCIAL:

C. FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL:

2. **Marque con una X si o no a la pregunta**

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está satisfecho con el servicio que recibe?	✓	
2	¿Está a gusto con los agentes comunitaria que se encuentran en la unidad de servicio?	✓	
3	¿Se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla la actividad?	✓	
4	¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas ?	✓	
5	¿(El) o (los) profesional (es) tiene el dominio del tema a tratar?	✓	
6	¿El acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?	✓	
7	¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?	✓	
8	¿Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de las actividades?	✓	
9	¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?	✓	
10	¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?	✓	
11	¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?	✓	

Fecha de ampliación de la presente encuesta AGOSTO de 2025

Marque con una x si se le socializó el propósito de la presente encuesta si( ) no ( )
¡POR AYUDARNOS A MEJOR Y PODER PRESTAR UN SERVICIO CON MAS CALIDAD, MUCHAS GRACIAS!

Powered by CamScanner

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

SEGUNDA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AÑO 2025

Marque con una X la respuesta correcta

¿Cuál de los siguientes nombres corresponden a la entidad que presta el servicio?

A. FUNDACIÓN SOCIAL: X

B. CHOCÓ SOCIAL:

C. FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL:

2. Marque con una X si o no a la pregunta

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está satisfecho con el servicio que recibe?	✓	
2	¿Está a gusto con los agentes comunitaria que se encuentran en la unidad de servicio?	✓	
3	¿Se siente a gusto con los horarios de atención en los que se desarrolla la actividad?	✓	
4	¿Se siente satisfecho con el desarrollo de las actividades pedagógicas, que se brinda a los niños y niñas ?	✓	
5	¿(El) o (los) profesional (es) tiene el dominio del tema a tratar?	✓	
6	¿El acompañamiento recibido, en temas de rutas de atención, salud mental y vulneración de derecho de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, por parte del profesional especializado le agrada?	✓	
7	¿Está satisfecho con la atención brindada por parte de los profesionales de apoyo nutrición y salud?	✓	
8	¿Siente agrado con el trato recibido en el desarrollo de las actividades?	✓	
9	¿Está satisfecho con la minuta patrón establecida, según los rangos de edad y tipo de beneficiario?	✓	
10	¿La calidad de los alimentos recibidos en los complementos nutricionales le agrada?	✓	
11	¿Está satisfecho con las fechas en que se entregan los complementos nutricionales?	✓	

Fecha de ampliación de la presente encuesta AGOSTO de 2025

Marque con una x si se le socializó el propósito de la presente encuesta si ( ) no ( )

¡POR AYUDARNOS A MEJOR Y PODER PRESTAR UN SERVICIO CON MAS CALIDAD, MUCHAS GRACIAS!

Powered by CamScanner