516

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Dora de Jesus Silva Londoño.
2. Documento de identidad: 4.577.750.
3. Edad: 71. años
4. Género: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor
   ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☐ Más de 1 año ☒ Otro 6 años.

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____ **2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios?
(Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☒	☐	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☒	☐	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☐ NO ☒
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

Todo bien

3. Otros comentarios o sugerencias:

Firma ó huella: _____
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año)
24-03-2026

_____
Firma de Quien realiza la Encuesta

COMPETISTA
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Jaime Franco Franco
2. Documento de identidad: 4.579.983
3. Edad: 66 años
4. Género: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor
   ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☐ Más de 1 año ☒ Otro 3 AÑOS

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☐ Excelente ☒ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____ **2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☐	☒	☐	☐
Actividades recreativas	☐	☒	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☐	☒	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☐ NO ☒
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

—o— todo esta bien

3. Otros comentarios o sugerencias:

Firma o huella: Laura Franco F.
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año)
24-03-2026

Firma de Quien realiza la Encuesta

Coordinadora
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☑ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☑ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: JAIRO BETANCUR
2. Documento de identidad: 4477667
3. Edad: 76 años
4. Género: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☒ Más de 1 año ☐ Otro

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____**2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☐	☒	☐	☐
Actividades recreativas	☐	☒	☐	☐
Atención en salud básica	☐	☒	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☐	☒	☐	☐
Acompañamiento social	☐	☒	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☐ NO ☒
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

_____
tal Cual
_____

3. Otros comentarios o sugerencias:

_____
_____

Firma o huella: Jairo Betancur

Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año)
24 - 03 - 2026.

_____
Firma de Quien realiza la Encuesta

CONTRATISTA
_____
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Orlando Taborez Serna
2. Documento de identidad: 4.576.238
3. Edad: 74 años
4. Género: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor
   ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☒ Más de 1 año ☐ Otro

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☐ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____**2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☐	☒	☐	☐
Actividades recreativas	☐	☒	☐	☐
Atención en salud básica	☐	☒	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☐	☒	☐	☐
Acompañamiento social	☐	☒	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

todas estas bien.

3. Otros comentarios o sugerencias:

Firma o huella: Dal-22-6 fichas
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año) 24/03/26.

Firma de Quien realiza la Encuesta

Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

BET

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional)

1. Nombre completo: Adolfo Pena
2. Documento de identidad: 3.206. 6.206.916
3. Edad: 83 años
4. Género: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☒ Más de 1 año ☐ Otro

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☐ Excelente ☒ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____ **2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☐	☐	☒	☐
Actividades recreativas	☐	☒	☐	☐
Atención en salud básica	☐	☒	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☐	☒	☐	☐
Acompañamiento social	☐	☒	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

_____

_____

3. Otros comentarios o sugerencias:

_____

_____



Firma o huella: _____
Fecha de la Encuesta: _____ (día) / _(mes) /_(año)

_____
Firma de Quien realiza la Encuesta

_____
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

BCT

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: NESTOR WILSON OSORIO
2. Documento de identidad: 1.405.196
3. Edad: 85. años
4. Género: ☒ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor
   ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☐ Más de 1 año ☒ Otro 15 AÑOS.

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____**2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☐	☒	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☒	☐	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☒ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

_____
_____

3. Otros comentarios o sugerencias:

_____
_____

Firma o huella: Nestor Luis Osorio
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año)
24. 3 2026.

_____
Firma de Quien realiza la Encuesta

CONTRATISTA
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

BET.

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☑ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☑ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: JOSE Benjamin Cortes.
2. Documento de identidad: 17.179611 B.
3. Edad: 25. años
4. Género: ☑ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☐ Más de 1 año ☑ Otro 25. AÑOS.

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☑ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☑ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____**2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios?
(Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☑	☐	☐	☐
Actividades recreativas	☑	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☑	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☑	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☑	☐	☐	☐

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

_____

_____

3. Otros comentarios o sugerencias:

_____

_____

Firma o huella: José Benjamin Cortes H

Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año)
24-03-2026.

_____
Firma de Quien realiza la Encuesta

Contratista.
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

SEP

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Fanny Rodriguez Vega.
2. Documento de identidad: 39532135
3. Edad: 63 años
4. Género: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☒ Más de 1 año ☐ Otro

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☐ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____ **2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☒	☐	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☒	☐	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☐ Sí ☒ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

_____
_____

3. Otros comentarios o sugerencias:

_____
_____

Firma o huella: _____
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año) 24/03/26.

_____
Firma de Quien realiza la Encuesta

_____
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

SAC.

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Ignacio Grisales Flores
2. Documento de identidad: 10.214.033.
3. Edad: 96 años
4. Género: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor
   ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☐ Más de 1 año ☒ Otro 4 años

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☐ Excelente ☒ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____**2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios?
(Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☒	☐	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☒	☐	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☐ NO ☒
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

   mas duelos
3. Otros comentarios o sugerencias:

Firma o huella: _____
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año) 24-03-2026

Firma de Quien realiza la Encuesta

Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Baudilio Piedrahita
2. Documento de identidad: 15.895.227
3. Edad: 76 años
4. Género: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☒ Más de 1 año ☐ Otro

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☐ Excelente ☒ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☐ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____ **2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☒	☐	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☒	☐	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud?
   ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores?
   ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

   musica fonde. recreativa.
3. Otros comentarios o sugerencias:

Firma o huella: Bonifacio P
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) / _(año) 24/03/2026

_____
Firma de Quien realiza la Encuesta

_____
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

BET

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☑ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Dioselina Patiño Montes
2. Documento de identidad: CC 25.148.998
3. Edad: 80 años
4. Género: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor
   ☐ Menos de 6 meses ☒ – 1 año ☐ Más de 1 año ☐ Otro

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____**2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios?
(Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☒	☐	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☒	☐	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

Pintura y bailes.

3. Otros comentarios o sugerencias:

todo está muy bien



Firma o huella: Uno
Fecha de la Encuesta: 24 (día) / (mes) / (año) 24/03/2026.

Firma de Quien realiza la Encuesta

Apoyo Adulto mayor.
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner

BET

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Encuesta de Percepción para Personas Mayores en Centros de Larga Estancia

Betsabe Arbelaez – Sagrado Corazón de Jesús
Santa Rosa de Cabal

Confidencial – Sólo con fines de mejora continua.

Doy Consentimiento sobre la Información que declaro. SI ☒ NO ☐

Autoriza el tratamiento de datos, según Ley de Tratamiento de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)
SI ☒ NO ☐

Datos generales (opcional).

1. Nombre completo: Yoly Mea Garcia.
2. Documento de identidad: 24.932.617.8.
3. Edad: 73. años
4. Género: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
5. Tiempo que lleva en el Centro de Bienestar al Adulto Mayor ☐ Menos de 6 meses ☐ – 1 año ☐ Más de 1 año ☒ Otro 5 AÑOS.

1: Infraestructura y condiciones del lugar.

1. ¿Cómo califica la limpieza del centro? ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
2. ¿Se siente cómodo(a) y seguro(a) en las instalaciones? ☒ Sí ☐ No

(Si respondió "No", ¿por qué?): _____ **2: Servicios ofrecidos.**

¿Cómo califica los siguientes servicios? (Marque según corresponda)

Servicio	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Alimentación	☐	☒	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐	☐
Atención en salud básica	☒	☐	☐	☐
Apoyo psicológico/emocional	☒	☐	☐	☐
Acompañamiento social	☒	☐	☐	☐

Scanned with CamScanner

3: Impacto personal

1. ¿El personal se dirige a usted por su nombre y respeta sus gustos personales? SI ☒ NO ☐
2. ¿El personal atiende sus necesidades con prontitud? ☒ Sí ☐ No
   (¿Por qué?): _____

4: Sugerencias

1. ¿Recomendaría este centro a otros adultos mayores? ☒ Sí ☐ No
2. ¿Qué actividades o servicios le gustaría que se ofrecieran en el centro?

Psicología Mas Seguido.

3. Otros comentarios o sugerencias:

Firma o huella: DOLLY MENA H. CC#24'937.617P.
Fecha de la Encuesta: _____(día) / _(mes) /_(año)

Firma de Quien realiza la Encuesta

CONTRATISTA
Función o Cargo

Proyecto: Wednesday Cuéllar
Enlace de Adulto Mayor

Scanned with CamScanner