**FORMATO DE EVALUACIÓN**

**SATISFACCIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

**MODALIDAD FAMILIAR – FORMANDO FAMILIAS**

**MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FECHA: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_ UNIDAD DE ATENCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESPONSABLE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque con una X. BUENO – REGULAR – MALO según considere el nivel de satisfacción del servicio prestado por el equipo de talento humano de la modalidad familiar – formando familias, en cada uno de sus componentes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE PEDAGÓGICO** | **BUENO** | **REGULAR** | **MALO** |
| ¿Los temas desarrollados fueron claros y de su interés? |  |  |  |
| ¿La manera de desarrollar las actividades fue clara? |  |  |  |
| ¿Se evidencia planeación de las actividades desarrolladas? |  |  |  |
| ¿La utilización de recursos lúdico-pedagógicos es adecuada? |  |  |  |
| ¿El tiempo utilizado en las actividades es suficiente? |  |  |  |
| ¿Las actividades desarrolladas con los niños y niñas son adecuadas? |  |  |  |
| ¿Se han visto satisfechas sus expectativas con el programa? |  |  |  |
| ¿Las condiciones espacio y organización de la Unidad de Atención son adecuadas? |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE PSICOSOCIAL** | **BUENO** | **REGULAR** | **MALO** |
| ¿Los temas desarrollados fueron claros y de su interés? |  |  |  |
| ¿La manera de desarrollar las actividades fue clara? |  |  |  |
| ¿Ha evidenciado cambios significativos en las dinámicas familiares? |  |  |  |
| ¿La orientación a los hogares ha sido adecuada o suficiente? |  |  |  |
| ¿El acompañamiento y seguimiento a problemáticas ha sido significativo? |  |  |  |
| ¿Ha evidenciado cambios significativos a nivel individual en padres e hijos? |  |  |  |
| ¿Ha evidenciado cambios significativos a nivel socio comunitario? |  |  |  |
| ¿Ha evidenciado relaciones adecuadas entre los miembros del equipo de trabajo? |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN** | **BUENO** | **REGULAR** | **MALO** |
| ¿Los temas desarrollados fueron claros y de su interés? |  |  |  |
| ¿La manera de desarrollar las actividades fue clara? |  |  |  |
| ¿La orientación y acompañamiento en maternidad y lactancia ha sido adecuada? |  |  |  |
| ¿La orientación en prevención de enfermedades ha sido adecuada? |  |  |  |
| ¿Ha evidenciado seguimiento y gestión en el crecimiento y desarrollo de los niños? |  |  |  |
| ¿Las condiciones de higiene y seguridad de la Unidad de Atención son adecuadas? |  |  |  |
| ¿El manejo de los complementos nutricionales y refrigerios es adecuado? |  |  |  |
| ¿Ha evidenciado cambios significativos en las condiciones de salud, higiene y  nutrición en los hogares? |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y GESTIÓN** | **BUENO** | **REGULAR** | **MALO** |
| ¿Ha evidenciado gestiones para el mejoramiento del programa y las Unidades de Atención? |  |  |  |
| ¿Ha evidenciado sentido de pertenencia del equipo de trabajo con el programa? |  |  |  |
| ¿Ha recibido respuesta oportuna a sus quejas, peticiones o reclamos? |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | |