**ANEXO 9**

**Programa Salud y Bienestar Comunitario 2020**

**Encuesta de Satisfacción**

**SEDIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sistema Municipal DIF que recibe la capacitación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la capacitación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de impartición de la capacitación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Señale por favor, en el recuadro correspondiente su valoración del curso en una escala del 1 al 6,*

*Donde*

***1* Completamente Insatisfecho**

**2 Insatisfecho**

**3 Poco satisfecho**

**4 Satisfecho**

**5 Completamente Satisfecho**

|  |  |
| --- | --- |
| **NO.** | **PREGUNTA** |
| **1** | **¿Los temas impartidos fueron claros y precisos?** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **2** | **¿Se utilizó un lenguaje sencillo y comprensible?** |  |  |  |  |  |
| **3** | **¿Lo que aprendió le ayudará a operar el PSBC?** |  |  |  |  |  |
| **4** | **¿El horario de la capacitación fue el adecuado?** |  |  |  |  |  |
| **5** | **¿El lugar donde se llevó a cabo la capacitación fue el adecuado?** |  |  |  |  |  |
| **6** | **¿Se contó con las herramientas necesarias para entender el PSBC?** |  |  |  |  |  |
| **7** | **¿El expositor contó con los conocimientos necesarios para cubrir los objetivos de la capacitación sobre el PSBC?** |  |  |  |  |  |
| **8** | **¿El tiempo de duración de la capacitación fue suficiente para comprender el PSBC?** |  |  |  |  |  |
| **9** | **¿Se aclararon dudas por parte del expositor?** |  |  |  |  |  |
| **10** | **¿El expositor tuvo un trato agradable y respetuoso durante la capacitación?** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Alguna sugerencia o comentario que desee hacer para enriquecer la capacitación impartida por el SEDIF.** |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma del Capacitado**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sello Sistema Municipal DIF Capacitado**