FUNDACIÓN FAN	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PADRES DE FAMILIA**	Código	FCC-004
		Versión	2
		Fecha: 05-03-2021	

MUNICIPIO: _____ **NOMBRE DEL CDI:** _____

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O ACUDIENTE: _____

FECHA: _____

Con el propósito de mejorar la calidad del servicio, le solicitamos evaluar los siguientes aspectos:

MB: Muy bueno **B**: Bueno **A**: Aceptable **R**: Regular **M**: Malo **NA**: No aplica

PROCESO	ASPECTO	MB	B	A	R	M	NA
PROCESO ADMINISTRATIVO PEDAGÓGICO	1. El trato de la Agente Educativa hacia los niños(as) es?						
	2. ¿Como lo ha atendido la Agente Educativa cuando usted la necesita?						
	3. La comunicación de situaciones importantes relacionadas con su hijo(a) por parte de la Agente Educativa es?						
	4. Según su criterio cómo calificaría las Agentes Educativas del CDI?						
	6. Según su criterio cómo califica la presentación personal de los diferentes Agentes Educativos del CDI?						
	7.La atención por parte de la Coordinadora del CDI de la Fundación FAN es?						
	8. La comunicación de situaciones importantes relacionadas con su hijo(a) por parte de la Coordinadora del CDI es?						
	9. Según su criterio cómo calificaría la Coordinadora de el CDI?						
	10. Cómo evalua las actividades que le envían durante el acompañamiento telefónico y las relizadas en la atención en alternancia ?						
PROCESO PSICO SOCIAL	**11. Si usted ha utilizado el servicio de la Psicologa, califíquelo:**						
	12. Según su criterio cómo calificaría el acompañamiento del Psicosocial del CDI?						
	13. El trato del Psicosocial en el momento de la llamada telefónica es?						
PROCESO DE NUTRICIÓN	5. El trato del Profesional en salud y nutrición en el momento de la llamada telefónica es?						
	6. Según su criterio cómo calificaría el acompañamiento del Profesional en salud y nutrición del CDI?						
	7.Cómo le parece, la calidad de los productos que se les entrega en el Complemento Alimentario?						
	8. El manejo de los elementos de bioseguridad (Tapabocas, guantes, gel y caretas) por parte de los agentes educativos en el momento de la entrega de Complemento Alimentario es?						

OBSERVACIONES GENERALES:

Firma - Participante

Firma del Encuestador