| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | 06 | 2025 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | X |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Lina García y Angela Sanchez

**Nombre de la capacitación brindada:** General Artículos

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | X | |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | | X |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | X | |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | | X |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | X | |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | | X |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | X |

**Observaciones:**

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde

| ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | 05 | 25 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | |
| | Virtual | X |

**Organismo** Secretaria de Salud

**Nombre del Facilitador:** Lina García y Angela Saavedra

**Nombre de la capacitación brindada:** Carnaval Afrocano

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocia? | | | | | X |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodologia utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | X |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | X | |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | X |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | X | |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | X |

**Observaciones:**

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | Nov | 2023 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | X |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Lina García y Angela Saavedra

**Nombre de la capacitación brindada:** Consejo Asesivo

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | | X |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | X | |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | X | |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | X | |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | X |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | X | |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | X |

**Observaciones:**

**Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali.** Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | mayo | 2025 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | X |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Gina García y Angela Saavedra

**Nombre de la capacitación brindada:** Curso de Asesoría

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | X | |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | X |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | X | |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | X | |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | | X |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | X | |

**Observaciones:**

**Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali**. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin [illegible]

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | 05 | 25 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | X |
| | Virtual | |

Organismo: Secretaría de Salud

Nombre del Facilitador: Lina García y Angela Saavedra

Nombre de la capacitación brindada: Caracol Africano

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | | X |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | X |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | | X |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | X |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | X | |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | X | |

**Observaciones:**

**Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali.** Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin [illegible]

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 07 | 05 | 25 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | X |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Lina García y Angela Saavedra

**Nombre de la capacitación brindada:** Caracol Africano

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | X | |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | X | |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | X | |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | | X |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | X |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | X | |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | X | |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | X |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | X | |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | X |

**Observaciones:**

**Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali.** Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin

| ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | Mayo | 2025 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | ✓ |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Lina García y Angela Saavedra

**Nombre de la capacitación brindada:** Oracol Africano

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | ✓ | |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | ✓ | |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | ✓ | |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | ✓ | |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | ✓ | |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | ✓ | |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | ✓ | |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | ✓ | |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | ✓ | |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | ✓ | |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | ✓ | |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | | ✓ |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | ✓ |

**Observaciones:**

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | 5 | 25 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | ✓ |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Liana García y Angela Saavedra

**Nombre de la capacitación brindada:** Carcural Agrícola

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | 6 |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | 6 |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | 6 |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | 6 |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | | 6 |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | 6 |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | 6 |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | | 6 |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | 6 |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | 6 |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | 6 |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | 6 | |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | 6 |

**Observaciones:**

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | May | 2025 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | X |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Lina García y Angela Suarez

**Nombre de la capacitación brindada:** Carnaval Floricuno

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | X | |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | X |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | X | |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | X | |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | | X |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | X |

**Observaciones:**

**Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali.** Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin expresa autorización del Alcalde

| ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | 5 | 25 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | X |
| | Virtual | |

**Organismo** Secretaría de Salud

**Nombre del Facilitador:** Lina García y Angela Saavedra

**Nombre de la capacitación brindada:** Cáncer de Mama

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocia? | | | | | X |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | X |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | | X |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | X |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | | X |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | X |

**Observaciones:**

**Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali.** Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | Mayo | 2025 |

| Canal | |
|---|---|
| Presencial | |
| Virtual | X |

Organismo: Secretaría de salud

Nombre del Facilitador: Tina Gutiérrez - Angela Sarceda

Nombre de la capacitación brindada: Cárcel Arroyo

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5, siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | X |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | X |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | X |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | | X |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | X |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | X | |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | | X |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | X |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | X |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | X |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | | X |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | X |

Observaciones: Gracias

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO<br>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br>MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | MEDE01.05.09.P006.F004 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 003 |

| Fecha | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| | 7 | May | 2025 |

| Canal | | |
|---|---|---|
| | Presencial | (AF) |
| | Virtual | |

Organismo: Secretaría de Salud

Nombre del Facilitador: Lina Garcia y Angela Sinisterra

Nombre de la capacitación brindada: Cáncer Infantil

Señor(a) Usuario(a): Solicitamos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas para evaluar la actividad en la que acaba de participar. Su opinión es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar nuestro desempeño y servicio. En el siguiente formulario encontrará los principales aspectos de evaluación según la actividad realizada, la cual debe calificar de 1 a 5 siendo 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Ni Satisfecho Ni Insatisfecho 4 = Satisfecho y 5 = Muy Satisfecho

| ÍTEM A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Se dio a conocer el objetivo de la capacitación? | | | | | ✓ |
| 2- ¿Se cumplió el objetivo de la capacitación? | | | | | ✓ |
| 3- ¿Los contenidos brindados fueron coherentes con el objetivo planteado? | | | | | ✓ |
| 4- ¿Los temas se desarrollaron en el tiempo previsto? | | | | | ✓ |
| 5- ¿La capacitación aportó nuevos conceptos y/o técnicas que antes no conocía? | | | | | ✓ |
| 6- ¿Los conocimientos recibidos durante la capacitación le permitirán llevarlos a la práctica en su vida cotidiana? | | | | | ✓ |
| 7- ¿La metodología utilizada por el facilitador permitió el entendimiento de los contenidos? | | | | | ✓ |
| 8- ¿El facilitador demostró el dominio del tema brindado? | | | | | ✓ |
| 9- ¿Durante el desarrollo de la capacitación se propició la participación de los asistentes? | | | | | ✓ |
| 10-¿Durante la capacitación se dió espacio para la solución de inquietudes? | | | | | ✓ |
| 11- ¿Cómo califica las condiciones para el desarrollo presencial o virtual de la capacitación? | | | | | ✓ |
| 12- ¿El material utilizado permitió el entendimiento del tema? | | | | | ✓ |
| 13- En general, ¿cómo se sintió con la actividad de capacitación realizada? | | | | | ✓ |

**Observaciones:**

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin