ANEXO 5. FORMULARIOS EXISTENTES

La Dirección de Servicio y Atención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, anualmente liderar el ejercicio de evaluación de satisfacción de los usuarios y beneficiarios de los programas y servicios que ofrece el instituto. Por tal motivo y dada la amplitud de servicios otorgados a los ciudadanos, para la vigencia 2018, a continuación, se encuentran los programas a evaluar.

Dentro del conjunto de servicios a evaluar, se encuentran los siguientes programas:

ÍTEM	PROGRAMA
1.	Hogares Sustitutos de la Dirección de Protección
2.	Generaciones con Bienestar de la Dirección de Niñez y Adolescencia
3.	Estrategia Construyendo Juntos Entornos Protectores de la Dirección de Niñez y Adolescencia
4.	Hogares Comunitarios de Bienestar de la Dirección de Primera Infancia
5.	Familias con Bienestar para la Paz de la Dirección de Familias y Comunidades
6.	Mil días para Cambiar el Mundo de la Dirección de Nutrición

De los programas que se encuentran en el cuadro anterior, de los programas de Generaciones con Bienestar de la Dirección de Niñez y Adolescencia y Familias con Bienestar para la Paz de la Dirección de Familias y Comunidades, se tiene avalado los formularios para aplicación del presente año. Para los cuatro programas restantes, se proyecta diseñar y estructurar los formularios en conjunto con el contratista.

Sede de la Dirección General
Avenida carrera 68 No. 64c – 75. PBX: 437 76 30
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Cambiando el mundo de las familias colombianas

FORMULARIO EXISTENTE - GENERACIONES CON BIENESTAR DE LA DIRECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

	PROCESO RELACION CON EL CIUDADADANO FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON PROGRAMAS MISIONALES – GENERACIONES CON BIENESTAR	Aprobada	23/04/2017
		Versión 1	Página 2 de 6

DATOS GENERALES	
Regional (departamento)	
Municipio / Ciudad	
Operador	
Modalidad de atención	1. Tradicional; 2. Rural y 3. Étnica
Tipo de Grupo	1. Pre juvenil (6 a 12 años) y 2. Juvenil (13 a 17 años)
Nombre del Grupo	
Nombre del promotor de derechos	

DATOS DEL ENTREVISTADO				
1. Tiempo que lleva en el Programa			Años ____ (En qué año: _____) Meses____ Días ____	
2. Sexo	01 hombre		02 Mujer	
3. Edad (años cumplidos)				
4. Declara alguna situación de discapacidad: SI___ (Cuál Por favor seleccione una opción) NO _____ Continúe.	01 Cognitiva	02 Física	03 Motora	
	04 Auditiva	05 Mental	06 Discapacidad Múltiple	
5. Reconoce usted que pertenece a alguna etnia específica Si _____ ¿Cuál? No_____Continúe	01 Indígena	02 ROM	03 Raizal	
	04 Negro	05 Afrocolombiano	06 Palanquero	

CONCEPTO SOBRE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR ICBF				
Cuéntame tu grado de satisfacción sobre los siguientes aspectos (ENC: Presenta tarjeta de la escala e indique al encuestado con cual "carita" representa su escala de calificación sobre el aspecto evaluado):				
	Nada	**Poco**	**Algo**	**Mucho**
6. ¿Te gusta participar en este Programa?	1	2	3	4
7. ¿Te parece importante que se incluyan tus ideas para la construcción de las actividades que se van a realizar en los encuentros?	1	2	3	4
8. ¿El Promotor de Derechos te trata bien?	1	2	3	4
9. ¿Sientes confianza en contarle a tu promotor de derechos alguna situación importante que te afecte a ti o algún otro niño?	1	2	3	4
10. ¿Te gustan los temas que trabajan en los encuentros?	1	2	3	4
11. ¿Consideras que los temas que has visto en el Programa te sirven para aplicarlos en tu vida?	1	2	3	4
12. ¿El Programa te ha ayudado a orientar tu proyecto de vida?	1	2	3	4
13. ¿Te satisface la forma como se desarrolla el encuentro?	1	2	3	4
14. ¿Te gustan las actividades deportivas, artísticas, culturales, entre otras, que se realizan en los encuentros?	1	2	3	4
15. ¿Te gusta el lugar donde realizan los encuentros?	1	2	3	4

16. ¿En cada encuentro te entregan materiales para el desarrollo de las actividades?	1	2	3	4
17. ¿Consideras que los materiales que te entrega el Promotor de Derechos para el desarrollo de las actividades son suficientes y de buena calidad?	1	2	3	4
18. ¿Compartes los conocimientos adquiridos en el Programa con tus familiares y amigos?	1	2	3	4
19. ¿Te gusta el refrigerio que te entregan en el Programa?	1	2	3	4
20. ¿Extrañas el Programa cuando no asistes?	1	2	3	4

21. ¿El baño en los encuentros vivenciales tiene:
   a. Agua (Si/No)
   b. Taza (Si/No)
   c. Lavamanos (Si/No)
   d. Papel higiénico (Si/No)

22. ¿Cambiarías algo del Programa (temas, metodología, materiales, refrigerios, lugar, entre otros)?

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Fecha de aplicación de la encuesta	Día _____ mes _____ año_____
Día de la semana	1. Lunes ___ 2. Martes ___ 3. miércoles___ 4. jueves___ 5. viernes___ 6. sábado___
Hora de finalización de la encuesta	

Espacio para el Encuestador

Nombre y apellidos	
No. De cedula	
Correo Electrónico	
Teléfono de contacto	

Supervisor de campo

Nombre y apellidos		
No. De cedula		
Correo Electrónico		
Teléfono de contacto		
Supervisión	En Campo	Aprobada

Sede de la Dirección General
Avenida carrera 68 No. 64c – 75. PBX: 437 76 30
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Cambiando el mundo de las familias colombianas

FORMULARIO EXISTENTE - FAMILIAS CON BIENESTAR PARA LA PAZ DE LA DIRECCIÓN DE FAMILIAS Y COMUNIDADES

	República de Colombia **Ministerio de la Protección Social** **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
Encuesta de Satisfacción Programa Familias con Bienestar para la Paz	

DATOS GENERALES DE UBICACIÓN (Encuestador (a): Diligencie los siguientes espacios antes de llegar al punto)	
Dirección de la recolección de información	
Departamento	
Municipio / Ciudad	

HABEAS DATA

Buenos días, tardes o noches.

Mi nombre es _____, hago parte de la firma contratada por el ICBF para la recolección de información acerca de la satisfacción o percepción de la gente sobre la institución. La información personal recogida es confidencial y sólo será utilizada por el ICBF con fines netamente estadísticos y de caracterización, estos datos nunca serán utilizados a nombre propio, ni para un fin diferente al ya mencionado. Este proyecto se acoge al principio de confidencialidad de la información establecido en la Ley de Habeas Data. ¿Usted sería tan amable de contestarme una breve encuesta?

Entiendo la información y acepto contestar la encuesta: SI____ NO_____

NOMBRE DEL ENCUESTADO_____

FIRMA DEL ENCUESTADO _____

CÉDULA DEL ENCUESTADO_____

TELÉFONO DE CONTACTO_____

DATOS DEL ENTREVISTADO		
1. Tiempo que lleva en el Programa Familias con Bienestar para la paz		Años ____ Meses____ Días ____
2. Sexo	01 Hombre	02 Mujer
3. Edad (años cumplidos)		

4. ¿Usted se reconoce como una persona con discapacidad? SI___ (¿Cuál? *Por favor seleccione una opción*) NO _____ Continúe	01 Visual	02 Auditiva	03 Mental	
	04 Movilidad	05 Otro, ¿Cuál?		

Sede de la Dirección General
Avenida carrera 68 No. 64c – 75. PBX: 437 76 30
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Cambiando el mundo de las familias colombianas

Cambiando el mundo

5. Reconoce usted que pertenece a alguna etnia especifica Si _____ ¿Cuál? No_____Continúe		01 Indígena	02 RROM					03 Raizal	
		04 Negro	05 Afrocolombiano					06 Palenquero	
6. Nivel Educativo: Último nivel o curso aprobado. (Indique el número debajo de cada categoría, Ejemplo 2 de primaria).	Primaria (1 a 5)	Bachillerato (6 a 11)	Técnico o Tecnólogo (semestres 1 a 6)	Profesional (semestres 1 a 10)	Postgrado (semestres 1 a 6)	Ninguno	Primaria (1 a 5)		
7. Ocupación:	Empleado	Desempleado	Hogar	Independiente	Pensionado	Estudiante	Estudia y Trabaja	Inactivo	
8. Estrato Socioeconómico	1	2	3	4	5	6	7. Rural	8. Rural disperso	9. NS

CONCEPTO SOBRE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR ICBF

Indique su grado de satisfacción con la atención recibida del ICBF, marcando con una X en cada ítem, en una escala de 1 a 5 donde 1 es el puntaje más bajo y el 5 el puntaje más alto.

ITEM	**Muy insatisfecho 1**	**Insatisfecho 2**	**Indiferente 3**	**Satisfecho 4**	**Muy satisfecho 5**
9- ¿Cómo se ha sentido con el acompañamiento de profesionales de la Unidad de Tejido Familiar – UTF?					
10- ¿Qué tan satisfecho está con el conocimiento y los temas abordados por los profesionales de la Unidad de Tejido Familiar - UTF de la modalidad?					

Sede de la Dirección General
Avenida carrera 68 No. 64c – 75. PBX: 437 76 30
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Cambiando el mundo de las familias colombianas

11- ¿Las sesiones de facilitación en su domicilio han favorecido el reconocimiento de las capacidades de los integrantes de las familias para construir formas respetuosas y solidarias para relacionarse?					
12- ¿Cómo se ha sentido con su participación en los talleres, actividades, encuentros, a los que ha asistido con integrantes de otras familias?					
13- En general ¿Cómo se siente respecto a la atención recibida en la modalidad de Familias con Bienestar para la Paz del ICBF?					
14. La atención realizada por los profesionales de la Unidad de Tejido Familiar han facilitado la construcción de metas y objetivos que inciden en la convivencia armónica en su familia. (Plan de Vida Familiar) SI____ NO____					
15. La atención recibida en la modalidad le ha ayudado a fortalecer sus relaciones familiares y comunitarias. SI___ NO____					
16. Las estrategias y metodologías utilizadas por los profesionales de la Unidad de Tejido Familiar favorecen la reflexión y apropiación de las temáticas propuestas SI _____ NO_____					
17. ¿Qué sugiere para mejorar la modalidad ´Familias con Bienestar para la Paz?					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Fecha de aplicación de la encuesta	Día _____ mes _____ año_____
Día de la semana	Lunes ___ martes ___ miércoles___ jueves___ viernes___ sábado___
Hora de finalización de la encuesta	

1 Espacio para el Encuestador

Nombre y apellidos	
No. De cedula	
Correo Electrónico	
Teléfono de contacto	

1.1 SUPERVISOR DE CAMPO

Nombre y apellidos		
No. De cedula		
Correo Electrónico		
Teléfono de contacto		
Supervisión	En Campo	Aprobada

Sede de la Dirección General
Avenida carrera 68 No. 64c – 75. PBX: 437 76 30
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Cambiando el mundo de las familias colombianas