**(*FAVOR LLENAR LOS DATOS SOLICITADOS CON LETRA DE IMPRENTA*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMATO** | Fecha: 2014-06-12Revisión: 02Página: 1 de 1 |
| **Evaluación Evento** | Código: FO-SP-GAFSP-DC-05 |

**TALLER:**

**(Nombre del evento):**………………………………………………………….….…..…….…..…..

**INSTITUCIÓN:** ……………………………………………………………….….….………..…

**LUGAR Y FECHA:** ………………………………………………………….…..…….…..…………

Por favor colocar una **X** en el número que corresponda, considerando **1 el menor cumplimiento** o desempeño y **5 el mayor cumplimiento** o desempeño, de acuerdo con su evaluación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE FACILITADOR:** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Conocimiento del tema |  |  |  |  |  |
| Respuestas a inquietudes |  |  |  |  |  |
| Manejo del grupo |  |  |  |  |  |
| Cumplimiento de la agenda programada |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE DEL ORGANIZADOR:** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Información previa y de cierre del evento |  |  |  |  |  |
| Atención dedicada al participante |  |  |  |  |  |
| Logística general de la organización |  |  |  |  |  |
| Material de apoyo del evento |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Contestar las siguientes preguntas marcando una **X** donde corresponda |
| **LOS CONOCIMIENTOS OBTENIDOS** | **SI** | **NO** |
| ¿Están en relación a la función que desempeña? |  |  |
| ¿Los aplicará en su gestión institucional? |  |  |
| ¿Serán de utilidad para asesorar internamente en su Institución? |  |  |

**SUGERENCIAS Y COMENTARIOS:**

**…………………………………………………………………………………………………….………**

**…………………………………………………………………………………………………….………**

**………………………………………………………………………………………………….…………**