

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y ESPACIOS DE CONTROL SOCIAL

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILÉ

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la actividad: _____

Tema: _____

Fecha: Día ____ / Mes ____ / Año ____ Hora: _____

Lugar o medio de realización:	☐ Presencial	☐ Virtual	☐ Híbrido
-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Dependencia responsable: _____

2. EVALUACIÓN DEL ESPACIO DE CONTROL SOCIAL

Marque con una X la opción que mejor represente su opinión.

Criterio de evaluación	Excelente	Bueno	Aceptable	Deficiente
La convocatoria fue oportuna.	☐	☐	☐	☐
La información presentada fue clara y comprensible.	☐	☐	☐	☐
Los temas abordados fueron de interés para la ciudadanía.	☐	☐	☐	☐
Tuvo la oportunidad de expresar sus opiniones o inquietudes.	☐	☐	☐	☐
Las respuestas brindadas por la entidad fueron claras y oportunas.	☐	☐	☐	☐
La organización de la actividad fue adecuada.	☐	☐	☐	☐
Los medios utilizados facilitaron la participación ciudadana.	☐	☐	☐	☐
Considera que este espacio fortalece la transparencia y el control social.	☐	☐	☐	☐
Su satisfacción general con la actividad es:	☐	☐	☐	☐

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y ESPACIOS DE CONTROL SOCIAL

Continuación

3. PREGUNTAS ABIERTAS

¿Qué aspecto considera más positivo de la actividad?

¿Qué aspectos considera que pueden mejorarse?

¿Qué temas le gustaría que fueran tratados en futuros espacios de participación?

Observaciones adicionales

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y ESPACIOS DE CONTROL SOCIAL

Continuación

4. AUTORIZACIÓN

La información suministrada será utilizada exclusivamente por la E.S.E. Hospital San Antonio de Sesquilé para evaluar, fortalecer y mejorar las estrategias de participación ciudadana, los espacios de diálogo y los mecanismos de control social, en cumplimiento de la normatividad vigente.

5. CONSOLIDACIÓN INSTITUCIONAL (DILIGENCIAMIENTO INTERNO)

Número de participantes:		Encuestas diligenciadas:	
Nivel de satisfacción general:		Porcentaje:	_____ %

Acciones de mejora identificadas:

Responsable de la consolidación:

Cargo:

Fecha:

Día ____ / Mes ____ / Año ____

Documento de uso institucional para la evaluación y mejora continua de los espacios de participación ciudadana y control social.