

ANEXO 10
EVALUACIÓN DEL PROYECTO

FECHA: _____

REGIÓN PRIORITARIA: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

PROYECTO: _____

CONVENIO NO.: _____

Para cada una de las afirmaciones siguientes, seleccionar una de las opciones en la escala del 1 al 4 con respecto a la percepción del beneficiario de acuerdo a la siguiente valoración:

- Nada de acuerdo: 1
- Poco de acuerdo: 2
- De acuerdo: 3
- Muy de acuerdo: 4

Categorías	Elija su respuesta			
	1	2	3	4
El proyecto se llevó a cabo sin contratiempos				
Recibieron visitas de supervisión por parte de la Dirección Regional o de la Dirección del ANP				
Los recursos por parte de la CONANP llegaron en tiempo y forma				
El proyecto se concluyó a plena satisfacción de todos los beneficiarios				
El proyecto se considera exitoso				
Recomienda replicar el proyecto en su localidad				

En caso de estar poco de acuerdo o nada de acuerdo indicar por qué:

Responsable técnico del proyecto por parte de
la CONANP
(Nombre, firma y cargo)

Vo. Bo.
(Nombre y firma del Director(a) de
ANP o Director(a) Regional)

Nombre y firma de la persona física o
representante legal (si aplica)

Testigo

Por el Comité de Seguimiento (*si aplica*)

(Nombre y firma del Presidenta(e) del Comité Pro-Obra)

(Nombre y firma del Secretaria(o) del Comité Pro-Obra)

(Nombre y firma del Tesorera(o) del Comité Pro-Obra)

Nombre y firma de la persona entrevistada
(En caso de no ser representante del Comité Pro-Obra)

Nombre y firma Contraloría Social

Testigo

Nombre y firma Contraloría Social

**ANEXO 10
EVALUACIÓN DE LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN DEL PROCODES 2013.**

FECHA: _____

REGIÓN PRIORITARIA: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

CURSO DE CAPACITACIÓN: _____

CONVENIO NO.: _____

Para cada una de las afirmaciones siguientes, seleccionar una de las opciones en la escala del 1 al 4 con respecto a la percepción del beneficiario de acuerdo a la siguiente valoración:

- Nada de acuerdo: 1
- Poco de acuerdo: 2
- De acuerdo: 3
- Muy de acuerdo: 4

Categorías	Elija su respuesta			
	1	2	3	4
<i>Sobre el curso de capacitación</i>				
El salón donde se llevó a cabo fue apropiado y cómodo				
Se explicaron los objetivos del curso.				
Los temas que el prestador de servicios impartió fueron fáciles de entender.				
Fueron suficientes los días en que se llevó a cabo.				
Los objetivos se cumplieron.				
<i>Resultados del curso de capacitación</i>				
Me siento satisfecho(a) con lo que aprendí sobre el tema o los temas que se impartieron.				
Siento que es fácil compartir la información que recibí y aprendí con otros miembros de mi localidad.				
La capacitación me dio la oportunidad de conocer a otros miembros de la localidad con diferente experiencia/conocimiento sobre el tema.				
Deseo seguir en contacto con los participantes que conocí.				
La capacitación cumplió con mis expectativas.				
Lo que aprendí considero que me es de utilidad.				
<i>Sobre el prestador de servicios</i>	1	2	3	4
El prestador de servicios estaba informado sobre el tema o los temas que impartió				
El prestador de servicios motivó la participación de todos los asistentes.				
El prestador de servicios aclaró las preguntas de una manera clara y completa.				
El prestador de servicios fue respetuoso con los asistentes.				
Me gustó la manera de explicar y enseñar los temas que el prestador de servicios impartió.				

En caso de estar poco de acuerdo o nada de acuerdo indicar por qué:

1. ¿Qué tema del curso de capacitación le pareció más interesante?
2. ¿Qué tema del curso de capacitación considera que es importante y no se dio?
3. ¿El curso de capacitación le sirvió para generar un cambio en su vida o en la actividad que realiza?

Si: _____ No: _____

Por qué: _____

Comentarios adicionales:

Responsable técnico del proyecto por parte de
la CONANP
(Nombre, firma y cargo)

Vo. Bo.
(Nombre y firma del Director(a) de
ANP o Director(a) Regional)

Nombre y firma de la persona física o
representante legal (*si aplica*)

Testigo

Por el Comité de Seguimiento (*si aplica*)

Nombre y firma Contraloría Social

Testigo

(Nombre y firma del Presidenta(e) del Comité de Seguimiento)

Nombre y firma Contraloría Social

(Nombre y firma del Secretaria(o) del Comité de Seguimiento)

(Nombre y firma del Tesorera(o) del Comité de Seguimiento)

Nombre y firma de la persona entrevistada
(*En caso de no ser representante del Comité de Seguimiento*)

ANEXO 10
EVALUACIÓN DEL ESTUDIO TÉCNICO

FECHA: _____

REGIÓN PRIORITARIA: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

ESTUDIO TECNICO: _____

CONVENIO NO.: _____

Para cada una de las afirmaciones siguientes, seleccionar una de las opciones en la escala del 1 al 4 con respecto a la percepción del beneficiario de acuerdo a la siguiente valoración:

- Nada de acuerdo: 1
- Poco de acuerdo: 2
- De acuerdo: 3
- Muy de acuerdo: 4

Categorías	Elija su respuesta			
	1	2	3	4
<i>Sobre el estudio técnico</i>				
Conocí sus objetivos.				
El prestador de servicios acudió a la localidad para realizar talleres y/o entrevistas.				
El prestador de servicios dio a conocer los resultados preliminares.				
El prestador de servicios dio a conocer en asamblea de la localidad los resultados finales.				
Me siento satisfecho(a) con los resultados.				
Los resultados me son de utilidad.				
El prestador de servicios informó sobre los objetivos del estudio a la localidad.				
El prestador de servicios atendió y dio respuesta a preguntas por parte de la localidad.				
El prestador de servicios fue respetuoso con los usos y costumbres de localidad.				

Indique el número de talleres que el prestador de servicios llevo a cabo: _____

En caso de estar poco de acuerdo o nada de acuerdo indicar por qué:

Responsable técnico del proyecto por parte de
la CONANP
(Nombre, firma y cargo)

Vo. Bo.
(Nombre y firma del Director(a) de
ANP o Director(a) Regional)

Nombre y firma de la persona física o
representante legal (*si aplica*)

Testigo

Por el Comité de Seguimiento (*si aplica*)

Nombre y firma Contraloría Social

Testigo

(Nombre y firma del Presidenta(e) del Comité de
Seguimiento)

Nombre y firma Contraloría Social

(Nombre y firma del Secretaria(o) del Comité de
Seguimiento)

(Nombre y firma del Tesorera(o) del Comité de Seguimiento)

Nombre y firma de la persona entrevistada

(En caso de no ser representante del Comité de
Seguimiento)