

## MEMORANDO DPDH-SSIS/No-449-19

Para: **Lic. Yoni Arias**  
Unidad Asesora de Transparencia Institucional

De: **Lic. Lorena Mena**  
Directora De Promoción Y Desarrollo Humano SSIS/PRAF

Asunto: **Remisión de Matriz de Servicios Prestados**

Fecha: **03 de Julio del 2019.**

---

Por medio del presente y de la manera más atenta, se remite **MATRIZ DE SERVICIOS PRESTADOS DE JULIO A DICIEMBRE DEL AÑO 2019**, de las Unidades de Atención al Participante (UAP), Formación y Capacitación (UFC) y del Proyecto de Genero de la Dirección de Promoción y Desarrollo Humano.

Sin otro particular.

Atentamente,

Cc: Archivo

**SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL (SEDIS)  
MATRIZ DE BIENES Y/O SERVICIOS PRESTADOS  
DIRECCIÓN O UNIDAD: DIRECCIÓN DE PROMOCION Y DESARROLLO HUMANO  
PERIODO: JULIO A DICIEMBRE 2019**



SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL

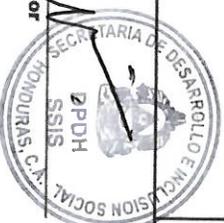
<b>Bien y/o Servicio Prestado</b>	<b>Descripción del Bien y/o Servicio Prestado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Normatividad</b>	<b>Formatos</b>
<p>Participantes Capacitados a través de talleres a nivel nacional para potenciar las habilidades y el uso del programa Bono Vida Mejor</p>	<p>Potencializar las habilidades, capacidades administrativas y de autogestión de las familias focalizadas y participantes de la plataforma Vida Mejor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selección de municipios, aldeas, caseríos, colonias y barrios (urbanas y rurales) del país, identificadas por su condición de pobreza extrema en el área urbana y rural.</li> <li>2. Se identifican los Hogares con base a listados de convocatoria del Programa Bono Vida Mejor, se realiza la focalización para llevar a cabo las capacitaciones.</li> <li>3. Con los listados de convocatoria el Gestor Social convoca a las participantes para que cumplan con las responsabilidades en salud, educación, a su vez se les imparten temas del piso básico de protección social.</li> <li>4. El Gestor social lleva a cabo la capacitación con un mínimo de 40 participantes del Programa Bono Vida Mejor semanalmente.</li> <li>5. El Gestor Social, llena el listado de participantes que asistieron a la capacitación</li> <li>6. Una vez finalizada la capacitación, se llenan fichas de evaluación por taller.</li> <li>7. El Gestor Social digita el listado de los participantes capacitados y los envía a la Unidad de Formación y capacitación los días martes de cada semana.</li> <li>8. El jefe de la Unidad de Formación y Capacitación elabora el consolidado de las capacitaciones y talleres realizados a nivel nacional.</li> <li>9. Los datos son ingresados a la plataforma del CENISS/RUP/ROI por los Auxiliares de la Unidad de Formación y Capacitación.</li> <li>10. Archivo documentación mensual.</li> </ol>	<p>Reglamento Operativo del Programa Presidencial de Transferencias Monetarias Condicionadas: "Bono Vida Mejor". Reglamento Bono Vida Mejor según Acuerdo Ejecutivo núm. SEDIS-003-2015, de 30 de enero.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Listado de participantes capacitados.</li> <li>2. Ficha de evaluación.</li> <li>3. Convocatoria de capacitación.</li> </ol>

**ELABORADO POR:**

Enlace Techico UPEG de la Dirección

**APROBADO POR:**

Director



**SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL (SEDIS)**  
**MATRIZ DE SOLICITUD PARA BIENES Y/O SERVICIOS**  
**DIRECCION O UNIDAD: DIRECCION DE PROMOCION Y DESARROLLO HUMANO**  
**PERIODO: JULIO A DICIEMBRE 2019**



\* \* \* \* \*  
 SECRETARIA DE DESARROLLO  
 E INCLUSION SOCIAL

<b>Bien y/o Servicio Prestado</b>	<b>Descripción del Bien y/o Servicio Prestado</b>	<b>Tasas y Derechos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Formatos</b>
Participantes Capacitados a través de talleres a nivel nacional para potenciar las habilidades y el uso del programa Bono Vida Mejor	Potenciar las habilidades, capacidades administrativas y de autogestión de las familias focalizadas y participantes de la plataforma Vida Mejor.	N/A	1. Asistir al taller de capacitación. 2. Registrarse en el listado de capacitación. 3. Llenar ficha de evaluación (taller)	1. Ser participantes del Programa Bono Vida Mejor. 2. Cumplimiento a las responsabilidades del PBVM.	1. Listado de participantes capacitados 2. Ficha de evaluación.

**ELABORADO POR:**

  
 Enlace Técnico UPEG de la Dirección

**APROBADO POR:**

  
 Director





GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS

★ ★ ★ ★ ★  
SEDIS - SUB SECRETARÍA DE  
INTEGRACIÓN SOCIAL

## Dirección de Promoción y Desarrollo Humano

### Listado de Asistencia a Talleres de Capacitación

★ ★ ★ ★ ★  
Nombre del Gestor Social: \_\_\_\_\_

Grupo Étnico de Participantes: \_\_\_\_\_

Nombre del Taller: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio 1 \_\_\_\_\_

Municipio 2 \_\_\_\_\_

No.	No. Identidad	Nombres	Apellido 1	Apellido 2	Género		Municipio		Aldea	Caserio	Barrio	Ref. Ubicación
					M	F	1	2				
1						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
5						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
8						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
9						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
10						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			



# Ficha de Evaluación en Talleres de Capacitación

LUGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Marque con una X el valor que mejor refleje su opinión frente a las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta:  
5= Completamente de acuerdo ; 4= De Acuerdo ; 3 = Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo; 2= En Desacuerdo; 1= Completamente en Desacuerdo

## 1.-EVALUACION DE CONTENIDO:

1.1. ¿Los objetivos de la capacitación fueron presentados al inicio de la misma y estos se han cumplido satisfactoriamente?

1    2    3    4    5

1.2 Los Contenidos de la capacitación responden a los objetivos planteados y satisfacen las expectativas de las mismas?

1    2    3    4    5

1.3. ¿El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado?

1    2    3    4    5

## 2.- EVALUACION DE LA METODOLOGIA:

2.1.- La capacitación está estructurada de modo claro y comprensible, siendo adecuado el contenido teórico y práctico?

1    2    3    4    5

2.2.- La duración de la capacitación ha sido adecuada y se ha ajustado a los contenidos y objetivos de la misma?

1    2    3    4    5

2.3.- El material entregado en la capacitación ha sido útil, adecuado, claro y acorde con los objetivos y contenidos en la misma?

1    2    3    4    5





GOBIERNO DE HONDURAS

\*\*\*\*\* DIRECCION DE DESARROLLO HUMANO /FORMACION Y CAPACITACION



### 3.- EVALUACION DE UTILIDAD Y APLICABILIDAD:

3.1.- La Capacitación le aportado conocimiento nuevos cumpliendo con sus expectativas de aprendizaje?

1  2  3  4  5

3.2.- Los conocimientos adquiridos son útiles y aplicables en el campo personal como herramientas para la mejor su calidad vida?

1  2  3  4  5

3.3.- La capacitación le proporciono los conocimientos y/o información planteada de acuerdo a los objetivos y contenidos de la misma?

1  2  3  4  5

### 4.- EVALUACION DEL CAPACITADOR:

4.1.- El capacitador(a) tiene dominio, conocimiento de la materia, ¿facilitando el aprendizaje de los participantes?

1  2  3  4  5

4.2.- El capacitador(a) ha expuesto el tema con claridad, ¿respondiendo adecuadamente a las inquietudes planteadas?

1  2  3  4  5

4.3.- El capacitador(a) ha desarrollado el taller de manera amena, participativa, ¿mostrando capacidad de enseñanza?

1  2  3  4  5





### CONVOCATORIA A CAPACITACION

FECHA \_\_\_\_\_

Muy estimado (a) \_\_\_\_\_

Reciba un fraternal saludo de: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, le estamos invitando a: \_\_\_\_\_

Que se llevará a cabo en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_

Asunto a tratar \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Gestor Social SSIS/PRAF

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de recibido



**SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL (SEDIS)**  
**MATRIZ DE BIENES Y/O SERVICIOS PRESTADOS**  
**DIRECCION O UNIDAD DE CONSULTA Y ATENCION AL PARTICIPANTE**  
**PERIODO: JULIO A DICIEMBRE 2019**



SECRETARIA DE DESARROLLO  
E INCLUSION SOCIAL

Bien y/o Servicio Prestado	Descripción del Bien y/o Servicio Prestado	Procedimiento	Normatividad	Formatos
Atención y seguimiento de las consultas, quejas y denuncias de los participantes del Programa Bono Vida Mejor.	La Unidad de Consulta y Atención al Participante está diseñada para atender las consultas, quejas y Denuncias que presenten los participantes que pertenecen al Programa Bono Vida Mejor, focalizados en extrema pobreza, con el objetivo de brindar información y dar seguimiento a los problemas presentados durante los periodos de pago (Actualizaciones, Corrección de nombre, apellido y número de identidad, cambio de tutor, desagregación y agregación de miembros de hogar- promoviendo así la satisfacción de participante.	<p><b>Actualización:</b>                      El oficial de Atención al Participante o Auxiliar de Consulta y Atención al Participante (AP) verifica el estatus del hogar del participante que presenta dicha solicitud para que se efectuó la actualización de acuerdo al reglamento interno de la institución.                      El oficial o auxiliar de AP imprime el cintillo de seguimiento de solicitud que proporcionara el número de gestión, firma o huella del participante que solicita el requerimiento, como soporte de auditoría.                      El oficial o auxiliar de AP adjunta copia de identidad del titular y demás participantes del hogar con otros documentos soportes (Partidas de nacimientos, copias de identidad de los padres).                      El oficial o auxiliar de AP ingresa la solicitud en el MAP (Bono Rural) y/o CENISS (Bono Urbano), seguidamente se escanean los documentos.                      El personal de la oficina central revisa y clasifica la solicitud con la documentación soporte.                      El personal de las Oficinas de atención al participante</p>	Acuerdo Ministerial número 083-SEDIS-2018, Artículo 51.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoja de recepción de consultas y quejas.</li> <li>2. Hoja de recepción de Denuncias.</li> </ol>

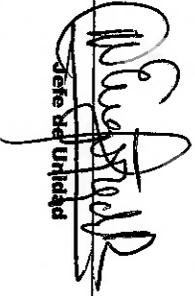


		<p>UCAP envían de manera digital la documentación soporte o entrega la documentación debidamente revisada y ordenada a la Unidad de archivo y actualización.</p> <p>El personal de UCAP dará seguimiento y verificara en sistema MAP y/o CENISS la corrección solicitada. Se notifica a las oficinas de atención al participante a nivel regional la resolución de la solicitud.</p> <p>11. El oficial y/o auxiliar de atención al participante notifica al participante la resolución de la solicitud presentada (presencial o llamada telefónica).</p> <p><b>Corresponsabilidad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El oficial y/o auxiliar de atención al participante verifica en sistema si el participante que presenta la solicitud es titular del hogar y verifica el cumplimiento de corresponsabilidades.</li> <li>2. En caso de no cumplir corresponsabilidad, se imprime el cintillo de seguimiento de solicitud que tendrá el número de gestión, firma o huella del participante que solicita el requerimiento, como soporte de auditoría.</li> <li>3. Se adjunta documentación soporte (Partidas de nacimientos, copias de identidad de los padres y copia de matrícula SACE (educación) y copia de la constancia LINVI (salud).</li> <li>4. Se realiza el ingreso de solicitud a la plataforma del Módulo de Atención al Participante (MAP).</li> <li>5. El personal de la oficina central de UCAP revisa, clasifica y da seguimiento a la solicitud con la documentación soporte.</li> <li>6. Las Oficinas de atención al participante UCAP envían de manera digital la documentación soporte o entrega la documentación debidamente revisada y ordenada a la Unidad de corresponsabilidad (Dirección de Transferencias Monetarias condicionadas).</li> <li>7. El oficial y/o auxiliar de atención al participante dará seguimiento a la solicitud del participante.</li> <li>8. El oficial y/o auxiliar de atención al participante notifica al participante la resolución de la solicitud</li> </ol>		
--	--	---	--	--



<p>Atención y seguimiento de las consultas, quejas y denuncias de los participantes del Programa Bono Vida Mejor.</p>	<p>La Unidad de Consulta y Atención al Participante está diseñada para atender las consultas, quejas y Denuncias que presentan los participantes que pertenecen al Programa Bono Vida Mejor, focalizados en extrema pobreza, con el objetivo de brindar información y dar seguimiento a los problemas presentados durante los periodos de pago (Actualizaciones, Corrección de nombre, apellido y número de identidad, cambio de tutor, desagregación y agregación de miembros de hogar. promoviendo así la satisfacción de participante.</p>	<p>Quejas y denuncias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El titular se presenta a Oficina de Unidad de Consulta y Atención al Participante a nivel departamental y/o central.</li> <li>2. Presenta identidad y puede realizar cualquiera de las siguientes solicitudes: quejas o denuncias.</li> <li>3. El oficial de Atención al Participante o Auxiliar de Consulta y Atención al Participante atiende la queja o denuncia, ingresándola al Módulo de Atención al Participante.</li> <li>4. El oficial de Atención al Participante o Auxiliar de Consulta y Atención al Participante imprime el documento que ha sido ingresado, el denunciante tomara la decisión de firmar o no firmar la denuncia o queja.</li> <li>5. Se remite la queja o denuncia al coordinador regional y supervisor departamental para dar seguimiento.</li> <li>6. El Coordinador regional o Supervisor departamental notifica a la Oficina Centra de UCAP la resolución de la misma.</li> <li>7. El oficial y/o auxiliar de atención al participante notifica al denunciante la resolución de la queja o denuncia presentada.</li> </ol>	<p>Acuerdo Ministerial número 083-SEDIS-2018, Artículo 51.</p>	<p>I. Formato de quejas y denuncias</p>
---	---	---	--	---

ELABORADO POR:

  
 Jefe de Unidad

APROBADO POR:






### HOJA DE RECEPCIÓN DE CONSULTAS, QUEJAS O DENUNCIAS

Semana del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

N	Nombre Completo del Participante	Numero de Identidad	Teléfono	Centro Educativo	Dirección del Participante	Departamento	Municipio	Aldea	Consulta	Queja	Denuncia	Observación
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												



## HOJA DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS

Nombre completo del denunciante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Identidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Aldea: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Recibido por

\_\_\_\_\_  
Firma del denunciante

Nombre completo del denunciante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Identidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Aldea: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Recibido por

\_\_\_\_\_  
Firma del denunciante



**SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL (SEDIS)**  
**MATRIZ DE BIENES Y/O SERVICIOS PRESTADOS**  
**DIRECCION O UNIDAD: DIRECCION DE PROMOCION Y DESARROLLO HUMANO**  
**PERIODO: JULIO A DICIEMBRE 2019**

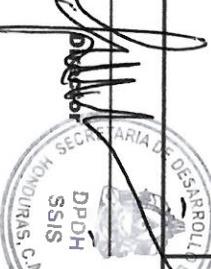
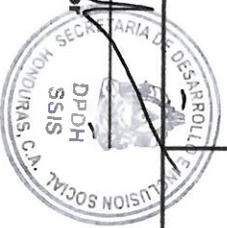


<b>Bien y/o Servicio Prestado</b>	<b>Descripción del Bien y/o Servicio Prestado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Normatividad</b>	<b>Formatos</b>
Participantes Capacitados en el Proyecto CUIDATE, UNA GUIA DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR	Potencializar las habilidades, capacidades administrativas y de autogestión de las familias focalizadas y participantes de la plataforma vida mejor.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubicación geográfica de zona a intervenir y programación de meta de participantes.</li> <li>2. Socialización del proyecto</li> <li>3. Ubicación y selección de comunidades</li> <li>4. Convocatoria de participantes para proceso de registro</li> <li>5. Inicio de proceso de servicio de alimentación para talleres de capacitación.</li> <li>6. Registro de parejas participantes.</li> <li>7. Listado de departamentos y comunidades seleccionadas</li> <li>8. Asignación del personal técnico de SESAL.</li> <li>9. Programación de taller de inducción</li> <li>10. Listado del personal Técnico de Salud a cargo de realizar las capacitaciones</li> <li>11. Inicio de proceso de contratación de servicio de alimentación taller de inducción.</li> <li>12. Cronograma del taller de inducción.</li> <li>2. Aprobación de cronograma.</li> <li>3. Listado del equipo Técnico de Salud</li> <li>13. Planificación de taller de inducción</li> <li>14. Desarrollo de taller de inducción</li> </ol>	Acuerdo Ministerial número 083-SEDIS-2018,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guía de observación</li> <li>2. Registro de parejas</li> <li>3. Distribución de temas</li> <li>4. Listado de gastos de alimentación</li> <li>5. Listado de gastos de movilización de participantes</li> <li>6. Listado de Asistencia de facilitadores</li> <li>7. Formato de recibo de pago de movilización.</li> <li>8. Formato de Planilla para movilización de Facilitadores.</li> </ol>

**ELABORADO POR:**

  
 Enlace Técnico UPEG de la Dirección

**APROBADO POR:**



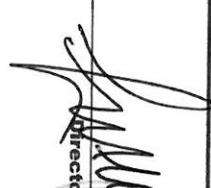
**SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL (SEDIS)**  
**MATRIZ DE SOLICITUD PARA BIENES Y/O SERVICIOS**  
**DIRECCION O UNIDAD: DIRECCION DE PROMOCION Y DESARROLLO HUMANO**  
**PERIODO: JULIO A DICIEMBRE 2019**



\*\*\*  
 SECRETARIA DE DESARROLLO  
 E INCLUSION SOCIAL

Bien y/o Servicio Prestado	Descripción del Bien y/o Servicio Prestado	Tasas y Derechos	Procedimiento	Requisitos	Formatos
Participantes Capacitados en el Proyecto CUIDATE, UNA GUIA DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR	Potencializar las habilidades, capacidades administrativas y de autogestión de las familias focalizadas y participantes de la plataforma vida mejor.	N/A	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las parejas participantes se registran en el formato de registro de parejas,</li> <li>Parejas participantes calendarizan de fechas para recibir capacitaciones</li> <li>Asistencia a los 10 talleres de capacitación del Proyecto CUIDATE, UNA GUIA DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR.</li> <li>Registran en Formato de Listados de asistencia a talleres y gasto de alimentación.</li> <li>Asistencia a los actos de cierre del Proyecto.</li> <li>Registran en Formato de Listados de asistencia a talleres, gasto de alimentación y gastos de movilización.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ser hondureño por nacimiento.</li> <li>Parejas en edad entre 18 y 35 (Mujeres) y 18 a 40 (hombres).</li> <li>Parejas se encuentren en edad fértil y que convivan en el mismo hogar.</li> <li>Estar ubicado dentro del esquema de focalización del programa vida mejor (Participante actual o potencial del Bono Vida Mejor).</li> <li>Comunidades estén dentro de los 141 municipios focalizados por el GOB.</li> <li>Comunidades que se encuentren en el área rural y que cumplan con los indicadores básicos de selección.</li> <li>La comunidades deben de contar con proveedores que puedan proporcionar servicio de alimentación, así mismo que cuente con los requerimientos de facturación del Servicio de Administración de Rentas, SAR. (CAI, RTN y SIAFI).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Guía de observación</li> <li>Registro de parejas</li> <li>Distribución de temas</li> <li>Listado de gastos de alimentación</li> <li>Listado de gastos de movilización de participantes</li> <li>Listado de Asistencia de facilitadores</li> <li>Formato de recibo de pago de movilización.</li> <li>Formato de Planilla para movilización de Facilitadores.</li> </ol>

**ELABORADO POR:**   
 Enlace Técnico UPEG de la Dirección

**APROBADO POR:**   
 Director  




**SUB-SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL-PRAF**  
**GUÍA DE OBSERVACION PARA MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LAS SESIONES**  
**PROYECTO "¡CUIDATE! UNA GUIA DE SALUD Y BIENESTAR"**

**Indicaciones para el/la supervisor/a:**

\* Se recomienda que antes de la observación se familiarice con el material educativo (Rotafolio y dos cartillas) y con esta guía (secciones, preguntas y forma de registro). Tener a disposición la Guía del /la facilitador/a, a quien supervisará. Así podrá identificar el tema de la sesión del día.

\* Llegue a la sesión unos minutos antes del inicio para que las personas sepan que usted estará presente en esa jornada. Al inicio de la sesión deje que el facilitador/a lo presente al grupo y luego preséntese usted, sin tomarse demasiado tiempo, solamente indicando su nombre y su rol.

\* Ubíquese en un lugar del salón donde pueda observar tanto al grupo como al /la facilitador/a sin constituir una presencia que no interrumpa la dinámica de la reunión. Durante las sesiones, usted no podrá intervenir para dar su opinión, corregir, aportar o participar en la actividad a cargo del /la facilitador/a. Solamente observe y haga las anotaciones correspondientes.

\* Identifique una persona del grupo para realizar una entrevista, si es posible al final de la sesión o programándola para los días inmediatos a la sesión.

**A. CARACTERÍSTICAS DE LA SESIÓN**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Hora de inicio \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Número de participantes: \_\_\_\_\_ No. de sesión: \_\_\_\_\_

Temas: \_\_\_\_\_

Facilitador/a: \_\_\_\_\_

Supervisor/a: \_\_\_\_\_ Firma : \_\_\_\_\_

**B. MANEJO DEL MATERIAL POR EL FACILITADOR/A : Observe y anote su percepción sobre:**

**1. Las ilustraciones y el contenido:**

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Si	No	A veces
¿Generan diálogo y reflexión sobre el tema tratado en esta sesión?			
¿Despiertan interés en el grupo?			
¿Ayudar a identificar situaciones propias de las personas participantes o sus comunidades?			
<b>Comentarios / Observaciones adicionales:</b>			



**2. Las preguntas generadoras:**

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Si	No	A veces
¿Las preguntas ayudaron a promover la discusión?			
¿Despertaron el interés del grupo?			
Describa las reacciones de las personas participantes ante las preguntas (motivación, recelo, vergüenza, incomodidad, molestia, risa, etc.).			
¿Se entendieron claramente las Preguntas?			
¿Conocían las respuestas (respondían adecuadamente)?			
<b>Comentarios / Observaciones adicionales:</b>			

**3. Las recomendaciones y los mensajes claves:**

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Si	No	A veces
El facilitador preguntó a los participantes qué recordaban de la sesión anterior?			
Los participantes recordaban algunos de los mensajes clave?			
Durante la sesión observada, los participantes comprendieron los Mensajes Claves?			
Se reflejó esta comprensión en sus reacciones y en la discusión?			
<b>Comentarios / Observaciones adicionales:</b>			

**4. Sobre el interés en los temas y la participación:**

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Si	No	A veces
¿Las/os participantes se mostraron motivados por el tema de esta sesión?			
Se promovieron sugerencias para que la comunidad pueda enfrentar los problemas identificados (de acuerdo al tema) que se esta impartiendo.			
Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Mucha participación	Poca participación	No hubo participación
¿Cómo fue la participación de las personas asistentes (describiendo lo que ven en las ilustraciones, comentando las recomendaciones y los mensajes clave, compartiendo experiencias personales)?			
Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Grupo muy activo	Grupo poco activo	Grupo no activo
Describa alguna característica particular del grupo de participantes. (Observe y describa en la columna de comentarios y observaciones si había elementos que bloqueaban la participación).			



Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Todos	Casi todos	Pocos
En las discusiones participan:			
Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	En menor medida que los hombre	En igual medida que los hombres	En mayor medida que los hombres
Las mujeres participan y pueden dar sus opiniones:			
Comentarios / Observaciones adicionales:			

### C. HABILIDADES DE LOS/AS FACILITADORES/AS DE SALUD

1. En relación a la planificación, metodología y respuesta a la participación del grupo

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Si	No	A veces
En esta comunidad, se trabajaron todos los temas día planificados?			
¿Hubo una buena distribución del tiempo para la sesión?			
La facilitadora/ facilitador expresó claramente el contenido/ recomendaciones y mensajes clave?			
Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	De manera adecuada	De manera parcial	De manera confusa o incorrecta
La facilitadora/ facilitador, a las preguntas de las personas participantes, respondió:			
Aspecto a evaluar	En liste los temas de Acuerdo a la pregunta		
¿Qué temas resultaron más difíciles para la facilitadora o facilitador?			
¿Qué temas fueron mejor desarrollados?			
Comentarios / Observaciones adicionales:			

2. En relación a la interacción con los y las participantes?

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Muy buen nivel de empatía	Poca empatía	Ninguna empatía
El/la facilitador/a se relaciona con empatía, tiene actitud respetuosa y no prejuiciosa respecto a las opiniones y contribuciones de los y las participantes.			



Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Si	No	A veces
El/la facilitador/a procura que se expresen aquellos con menos facilidad para hablar en público			
El/la facilitador/a procura que todas las voces (en particular de las mujeres) sean escuchadas			
<b>Comentarios / Observaciones adicionales:</b>			

3. En relación a la propia comprensión del/la facilitador/a con respecto al con

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Buen nivel	Deficiente nivel	Insuficiente o ningún nivel
Durante las sesiones el/la facilitador/a, respecto a los contenidos tratados mostró: Comprensión y comunicación de los temas impartidos.			
<b>Comentarios / Observaciones adicionales:</b>			

4. Sobre su habilidad de escuchar, promover la discusión y participación de todos los y las participantes

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Buenas habilidades	Deficientes habilidades	Insuficiente o ninguna habilidad
La habilidad para escuchar, promover la discusión y la participación de todas las personas participantes que tiene el/la facilitador/a es:			
<b>Comentarios / Observaciones adicionales:</b>			

5. Sobre su habilidad para manejar "momentos difíciles"[1]:

Aspecto a evaluar	Marque una respuesta		
	Buenas habilidades	Deficientes habilidades	Insuficiente o ninguna habilidad
Frente a momentos difíciles durante la sesión, el/la facilitador/a mostró:			
<b>Comentarios / Observaciones adicionales:</b>			

[1] Considere "momentos difíciles" las situaciones de tensión entre participantes o del grupo hacia quien facilita, después de que algún/a participantes ha compartido una experiencia personal que moviliza los afectos del grupo o de quien facilita, los desacuerdos entre participantes o con quien facilita, y otros similares.

D. OBSERVACIONES GENERALES:

---



---



---



---





N.	Género	Nombre completo	No. Identidad	Edad	Teléfono	Firma/Huella
6	Hombre					
	Mujer					
7	Hombre					
	Mujer					
8	Hombre					
	Mujer					
9	Hombre					
	Mujer					
10	Hombre					
	Mujer					
11	Hombre					
	Mujer					
12	Hombre					
	Mujer					
13	Hombre					
	Mujer					



19/33

N.	Género	Nombre completo	No. Identidad	Edad	Teléfono	Firma/Huella
14	Hombre					
	Mujer					
15	Hombre					
	Mujer					
16	Hombre					
	Mujer					
17	Hombre					
	Mujer					
18	Hombre					
	Mujer					
19	Hombre					
	Mujer					
20	Hombre					
	Mujer					



20/33

## DISTRIBUCION DE TEMAS PARA EL DESARROLLO DE TALLERES DE CAPACITACION PROYECTO "¡CUIDATE! UNA GUIA DE SALUD Y BIENESTAR"

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

FACILITADOR: \_\_\_\_\_

No. TEMA	TEMAS	No. TALLER	FECHA DE TALLER	HORARIO
1	Las desigualdades entre hombre y mujeres	1		
2	Relaciones equitativas entre hombres y mujeres: decidir juntos como emplear el dinero y los recursos familiares			
3	Las relaciones equitativas entre hombres y mujeres: comunicación sobre la relación de pareja y su sexualidad	2		
4	La familia comparte tareas: corresponsabilidad en las decisiones			
5	Relaciones equitativas entre hombres y mujeres: el hombre participa en la crianza de los hijos e hijas			
6	Prevención de violencia intrafamiliar contra mujeres niños y niñas	3		
7	Etapas de la vida de las mujeres	4		
8	Conocer el cuerpo de las mujeres			
9	Etapas de la vida de los hombres			
10	Conocer el cuerpo de los hombres			
11	Etapas del embarazo de las mujeres	5		
12	Prevenir el embarazo en adolescentes			
13	Control durante el embarazo o control pre-natal			
14	Cuidados durante el embarazo			
15	Plan de partos y emergencias	6		
16	Señales de peligro durante el embarazo			
17	Atención del parto normal			
18	Las parteras calificadas y el comité comunitarios de salud promueven el parto en clínica materno infantil u hospital			
19	Señales de peligro durante el parto	7		
20	Señales de peligro después del parto			
21	Atención y cuidados después del parto			
22	Cuidados del recién nacido y la recién nacida	8		
23	Señales de peligro del recién nacido y recién nacida			
24	Las cuatro demoras y la mortalidad materna			
25	Planificación familiar y métodos anticonceptivos	9		
26	Identificación y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH-SIDA			
27	Detección oportuna del cáncer de cuello de útero	10		
28	Detección oportuna del cáncer de mama			
29	Cuidados de los niños y las niñas menores de 2 años			
30	Derechos de las mujeres en edad reproductiva			





### Proyecto "¡Cúdate! Una Guía de Salud y Bienestar"

#### Listado Asistencia Participantes

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Teller No.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Facilitador: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre Supervisor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre Gestor Social: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			



No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			



No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			





# Proyecto "¡Cuide! Una Guía de Salud y Bienestar"

## Listado de Gastos de Movilizacion

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			



25/33

No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



26/22

N.º	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			



27/22

No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			



No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			



No.	Nombre	No. Identidad	Firma/Huella
60			





## PROYECTO DE CAPACITACION ¡CUÍDATE! UNA GUÍA DE SALUD Y BIENESTAR

### LISTADO ASISTENCIA FACILITADORES - PARA GASTOS DE MOVILIZACIÓN

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Taller No.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Supervisor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre Gestor Social: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

No.	Nombre	No. Identidad	Cargo	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



**RECIBO POR L. \_\_\_\_\_**

Yo \_\_\_\_\_ con tarjeta de identidad número \_\_\_\_\_, participante del Proyecto de Capacitación ¡Cúdate! Una Guía de Salud y Bienestar, de la Comunidad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_ Departamento de Santa Bárbara recibí del Programa de Apoyo al Sistema de Protección Social, préstamo BID-3371/BL-HO la cantidad de \_\_\_\_\_, en concepto de gastos de movilización de mi comunidad al casco urbano del Municipio de Trinidad por participación en las actividades preparatorias del proyecto.

Descripción	Valor
Gastos de Movilización de participante (transporte)	
<b>Total</b>	<b>L.</b>

Lugar y fecha: Municipio de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2019.

Firma y/o huella \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pagado por: Luis Felipe Aguirre Valladares  
Auxiliar de Formación y Capacitaciones  
DPDH/SSIS

\_\_\_\_\_  
Vo.Bo. Lorena Mena  
Directora de Promoción y Desarrollo  
Humano DPDH/SSIS



