Guía para la medición de calidad, satisfacción y percepción del usuario del DIF Estatal Chihuahua.

Coordinación de Planeación y Evaluación

Departamento de Innovación y Planeación

INDICE

Introducción…….…….…… 03

Objetivos...…..…...……. 04

Metodología general ..…….. 05

Medición Interna ……. 07

Formatos …….. 08

Conclusiones……..… 08

Anexos …...……..… 09

INTRODUCCIÓN

La presente guía determina los sistemas de medición interna que permiten evaluar los atributos de las áreas operativas del DIF Estatal Chihuahua, en lo que se incluye la percepción de los beneficiarios para saber si el Organismo DIF Estatal le ha atendido bien, si ha encontrado la información que busca, o las razones por las que acude a las instalaciones.

Este Instrumento marca la pauta para diseñar estrategias o planes de mejora en todo el organismo DIF Estatal, considerando que no hay mejor forma de mejorar que sabiendo qué es lo que piensa y qué es lo que espera de la institución el usuario y el ejecutor.

Así mismo, este documento determina el sistema de medición interna, considerando los indicadores que permiten evaluar el cumplimiento de las acciones programadas por las diferentes áreas operativas, que llegan directamente al ciudadano por medio del personal operativo.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los atributos de los servicios que ofrece el DIF Estatal Chihuahua, con el fin de evaluar la calidad del servicio, así mismo determina sistemas de medición interna, que considere indicadores para medir el cumplimiento de los mismos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Contar con una Guía metodológica de investigación para la medición del impacto de los programas ante la ciudadanía y la satisfacción del beneficiario.

2. Conocer la percepción de la población e identificar el nivel de satisfacción del beneficiario.

3. Evaluar la Calidad del Servicio que se ofrece.

4. Conformar los elementos necesarios para determinar las fortalezas y debilidades de los programas desde la percepción del usuario.

5. Aplicar un sistema de medición interna para evaluar el cumplimiento de las metas programadas por cada una de las áreas.

6. Garantizar la calidad de los servicios y detectar áreas de mejora continua.

METODOLOGÍA GENERAL

I. Elegir las Preguntas.

- Primero deberá Identificar qué es lo que se quiere saber del departamento y para que servirá dicha información.
- Es importante saber cuáles son los objetivos de la institución y el departamento para saber qué preguntar.
- Utilizar lenguaje claro e incluyente
- Es recomendable que las encuestas no duren más de cinco minutos.
- Las preguntas deben ser en promedio diez, no superar las veinte.
- Las preguntas se deberán formular de manera que requieran una respuesta numérica, una afirmación o negación, podrá formularla de manera que elija una categoría de respuesta.
- Realizarse de manera que no se levanten prejuicios.
- Nunca deberá ser indiscreta sin necesidad.
- Corroborar en la medida de lo posible.
- Plasmar de forma que contesten de manera directa e inequívoca al punto de información deseado.
- La gente no quiere responder largas encuestas o preguntas con muchas opciones, por ello debe elegir sabiamente.
- Recuerda que no todos los usuarios tienen tiempo para contestar y deberás respetar sin contestar de mala forma ante una negativa.

II. Muestra

Es el grupo de usuarios a los que se hará llenar la encuesta, varía en edades, géneros e intereses, considerar el nivel de riesgo que se está dispuesto a asumir, debido a que las respuestas siempre lleva un margen de error ya que no se aplica al total de usuarios, por lo que no se recomienda que el incremento del margen de error este por encima del 10%.

Primero se deberá Identificar el número total de la población atendida por el organismo en el ejercicio fiscal anterior.

Para calcular el número de personas a encuestar se recomienda utilizar la siguiente gráfica (SurveyMonkey).

Por ejemplo, si en un determinado periodo de tiempo, se tienen 500 usuarios, se trabajará con un margen de error de 5% (95% de confianza), lo que significa que deberás encuestar a 500/5% = 100 personas.

Población	Margen de error			Nivel de confianza		
	10 %	5 %	1 %	90 %	95 %	99 %
100	50	80	99	74	80	88
500	81	218	476	176	218	286
1,000	88	278	906	215	278	400

También se puede utilizar el modelo SERVPERF, desarrollado por Cronin y Taylor, este modelo utiliza exclusivamente la percepción como una buena aproximación a la satisfacción del usuario, se propone utilizar este modelo SERVPERF cuando se identifique con estos motivos:

- Se molesta menos al entrevistado, ya que sólo se le pregunta una vez por cada una de las unidades en que se divide el instrumento utilizado.
- Los trabajos de interpretación y de análisis son más sencillos.

III. Recolección

Para las áreas que cuentan con buzón de quejas y sugerencias, la encuesta se entrega a los usuarios y posibles beneficiarios para que la complementen a la salida del servicio y la depositen al momento, este sistema lo utilizamos cuando se desea mantener abierta la recolecta de valoraciones todo el año y la afluencia diaria de usuarios no hace razonable mantener a una persona encuestadora a la salida.

Para las áreas que se encuentran ubicadas de manera externa y para los programas que cuentan con personal de supervisión, estos deberán aplicar la encuesta en los centros donde se encuentran los usuarios o beneficiarios de programas en cada visita que se realice para la supervisión.

IV. Modalidades

Para hacer una encuesta se tiene la opción de hacerlo de forma presencial, cara a cara (entrevista), por teléfono, por mail o a través de herramientas impresas (cuestionarios).
En el proceso de construcción de la metodología se inicia por encuetas impresas, ver anexos.

MEDICION INTERNA

El sistema de medición interna con el que cuenta el DIF Estatal es la Planeación Estratégica, esta se encuentra a cargo del Departamento de Seguimiento y Evaluación, el cual maneja una base de datos en Excel llamada Seguimiento a la Planeación Estratégica, mismo que contiene los indicadores que facilitan el monitoreo de las acciones y la medición del impacto incentivando al personal a cumplir las metas planteadas, para ello se reúne una vez al mes con el enlace de cada una de las áreas para el seguimiento, con el fin de realizar el análisis de las metas logradas en base a la programación anual.
Una vez obtenidos los resultados se detectan áreas de mejora y se realiza la retroalimentación con los Directores de los programas para implementar acciones correctivas.

FORMATOS

Una vez formulado la propuesta del formato para la encuesta, entrevista o cuestionario deberá presentarse en el Departamento de Innovación y Planeación para que en coordinación con el personal de Comunicación Social se revise y retroalimente para visto bueno, así mismo será integrada a esta Guía para documentarla.

Adjunto a este documento se presentan todos los instrumentos de medición que se aplican en las diferentes áreas del DIF Estatal, los cuales serán revisados periódicamente y de ser necesario tendrán actualizaciones conforme a lo requerido para el área y el análisis a realizar.

CONCLUSIONES

Tras recoger los resultados de las entrevistas o encuestas de un número considerable de usuarios (muestra) se deberá hacer un reporte con las gráficas que contienen las respuestas (tabular), esto permite representar la percepción de los usuarios.

Si se haces una encuesta es porque se ha identificado un problema o bien se prevé evitar un problema y se tiene la intención y los recursos para solucionarlo.

Lo importante es que el tiempo del usuario tenga un fin útil: **una mejora al servicio que ofrecemos** en el DIF Estatal Chihuahua.

Encuesta general para medir la percepción del usuario hacia el DIF Estatal

Anexo I Encuesta general de percepción

Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua

ENCUESTA GENERAL DE PERCEPCIÓN

Con el fin de mejorar día a día nuestro servicio, entender sus necesidades y detectar áreas de mejora concretas, cualquier apreciación o sugerencia recibida, representa una oportunidad y una herramienta para cumplir con el compromiso adquirido por nuestra parte.

Para ello, le solicitamos nos dedique unos minutos para contestar a las siguientes preguntas de la forma más sincera y objetiva posible.

¿Quien contesta la encuesta?

HOMBRE _____ **MUJER** _____

Identifica en que area del DIF Estatal se encuentra:

Dirección de Alimentación	Dirección de Esparcimiento	Dirección de Rehabilitación	Coordinación de Fortalecimiento Familiar	Procuraduría de Protección a Niños,Niñas y Adolescentes	Coordinación Ejecutiva y Atención Ciudadana

¿Cómo contacto usted con el servicio?

En persona	Por telefono	Redes Sociales	Por E-mail	Otro (Especifique)

Clasifique su nivel de satisfacción de acuerdo con la siguiente escala de clasificación:
1 = PÉSIMO 2 = REGULAR 3 = ACEPTABLE 4 = BUENO 5 = EXCELENTE

Percepción:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. ¿Encontro a la vista, la misión, visión y valores de DIF Estatal?					
2. ¿Conoce los programas que maneja DIF Estatal?					
3. ¿Conoce los apoyos a los que puede tener acceso por medio de DIF Estatal?					
4. ¿Considera que DIF Estatal es una Institución profesional y confiable?					
5. ¿Observo que algún servidor público indebidamente solicitó a un ciudadano dinero o dádivas?					
6. ¿Recomendaría a otra persona acudir al DIF para solicitar algun apoyo o información?					

Del Servicio:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. ¿Considera usted que el personal que atiende le proporciona un servicio fiable adecuado a sus necesidades?					
2. ¿La actitud del personal hacia usted es?					
3. ¿Cómo valora usted el tiempo de espera?					
4. ¿Cuál es su grado de satisfacción respecto a la información recibida?					
5. ¿El personal le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención ?					
6. ¿Por favor, valore su satisfacción general con nuestro servicio?					

De las Instalaciones:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. ¿Cómo considera usted la limpieza y condiciones de las instalaciones?					
2. ¿En el establecimiento existe información clara y pertinente de ubicación de las areas?					
3. ¿Le parecen las instalaciones adecuadas al servicio que se ofrece?					

Desea realizar algún comentario adicional: _____

FECHA DE ELABORACIÓN: DIP v-01-2018

*Se realizara bimensualmente en todas las áreas, los meses par, considerando los datos de la metodología para la muestra.

DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

Orientación Alimentaria

Anexo II Encuesta de satisfacción desayunos fríos.

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

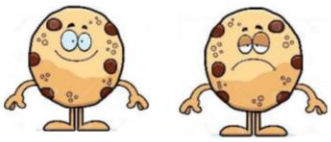
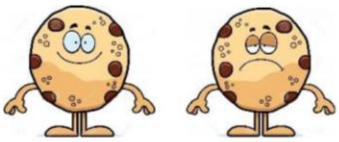
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DESAYUNO FRÍO

Municipio: _____ Localidad: _____

Escuela: _____ Clave: _____

Fecha: _____ Grado: _____ Soy:

Marca con una ✖ el dibujo que corresponde a tu opinion

1.- ¿Te gusta el sabor de la leche de tu Desayuno Frío?	2.- ¿Cuántas leches del desayuno frío te tomas al día?
3.- ¿Te gusta la barra de avena, amaranto y naranja?	4.- ¿Te gusta la barra de cacahuate, amaranto, linaza y arroz inflado?
5.- ¿Te gusta la galleta de pinole? 	6.- ¿Te gusta la galleta de arroz, amaranto y cocoa? 
7.- ¿Te gusta la mini galleta integral?	8.- ¿Son sabrosas las frutas deshidratadas de tu desayuno Frío?

Anexo II Encuesta de satisfacción desayunos fríos parte final

9.- ¿En donde comes el desayuno escolar que te da el DIF? Casa Escuela	10.-¿ A quien le das de tu desayuno frío escolar? Lo come solo Comparte con la familia
11.-¿ A que hora comes tu desayuno escolar del DIF? Mañana Noche Recreo	12.-¿Qué desayunaste hoy en tu casa?

Anexo III Encuesta de satisfacción desayuno caliente

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES MODALIDAD CALIENTE

Fecha _____

Municipio _____ Localidad _____

Escuela _____ CCT _____

Preescolar _____ Primaria _____ Secundaria _____

Grado _____ Turno _____ Edad _____ Soy

Contesta la siguiente encuesta marcando la respuesta con un círculo

1. ¿Desayunas en tu casa?

   Si No

2. ¿Qué tanto te gusta el Desayuno Escolar Modalidad Caliente que te dan en tu escuela?

   Me gusta mucho No me gusta nada

3. ¿Te gusta la leche descremada en polvo que te dan en la escuela?

   Me gusta mucho No me gusta nada

4. ¿Te quedas satisfecho con la cantidad de desayuno que te dan?

   Si, bastante No

5. ¿A qué hora ingieres los alimentos?

   9:00am – 10:00am 10:00am – 12:00pm 12:00pm-2:00pm

6. ¿Qué opinas de la limpieza de las cocineras?

   Son muy limpias No son nada limpias

7. ¿Consumes alimentos de la tiendita escolar?

   Si No

8. ¿Qué alimentos compras en la tiendita?

Jugos Galletas Refrescos Fruta Dulces Frituras

9. ¿Cómo te sientes con tu desayuno escolar?

Fuerte y con Energía Igual, como cuando no desayuno Débil Sin energía

10. ¿Te dan fruta fresca en el desayuno?

Si No

11. ¿Te dan verduras frescas en el desayuno?

Si No

Contesta **SI**, si te gusta el desayuno o contesta **NO**, si no te gusta el desayuno

NOTA: Llenar todas las casillas

DESAYUNO	SI	NO
Enfrijoladas		
Bistec ranchero de soya		
Frijoles Marinos		
Picadillo de Lentejas		
Hot cakes de Avena		
Caldo de Sardina		

Crema de Lentejas		
Pizza de Avena		
Ceviche de Atún		
Chili Beans		
Lentejas en chile colorado		
Ensalada de frijoles		
Pasta a la boloñesa		
Pozole de frijoles		
Pollo salteado con avena y vegetales		
Atún ahogado en salsa de tomate		
Tacos de tinga de sardina		
Frijoles con carne molida		
Albóndigas de lentejas		
Sopes de avena con frijoles		

Programas Alimentarios

Anexo IV Encuesta a los beneficiarios de los programas.

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

DIF-DADC-DPA-SU-03_01-16

ENCUESTA A BENEFICIARIOS

Municipio: _____Comunidad:_____

Programa: _____

Nombre del(a) beneficiario (a):_____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Tipo de vulnerabilidad: _____ Indígena: Si_____ No_____

1.- ¿Desde cuándo recibe el apoyo alimenticio?_____

2.- ¿Le aplicaron ENHINA (Encuesta para focalizar hogares con inseguridad alimentaria) cuando solicitó el apoyo? Si_____ No_____

(Si contesto que si) ¿Dónde se lo aplicaron?

En su domicilio_____ En las oficinas del DIF_____ Otro (especifique) _____

3.- ¿Cuántos y cuáles miembros integran la familia? (anotar cuantos menores de 5, cuantos en edad preescolar y escolar, cuantos adultos, cuantas embarazadas y/o en lactancia, cuantos adultos mayores, cuantos discapacitados, etc...)_____

_____

_____

4.- ¿Cuentan con servicio médico? ¿Cuál?_____

5.- ¿De quién dependen económicamente?_____

6.- La casa es propia_____ prestada_____ rentada_____ otro (especifique) _____

7.- ¿Cada cuando recibe la despensa?_____

8.- ¿En donde le entregan la despensa? _____

Av. Tecnológico No. 2903 Col. Magisterial
Tel. 614 2 14 40 00
Chihuahua, Chih., C.P. 31310

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

DIF-DADC-DPA-SU-03_01-16

9.- ¿Cuánto paga por la despensa?_____

10.- ¿Firma algún documento al recibir la despensa? _____

11.- De los productos que recibe, ¿cuál es el de mayor aceptación?_____

¿Cuál es el de menor aceptación?_____

¿Reúne el perfil socioeconómico? (anotar cualquier observación respecto a las condiciones de la vivienda, forma de vida, o algún aspecto relevante que considere necesario):_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nombre del encuestador: _____

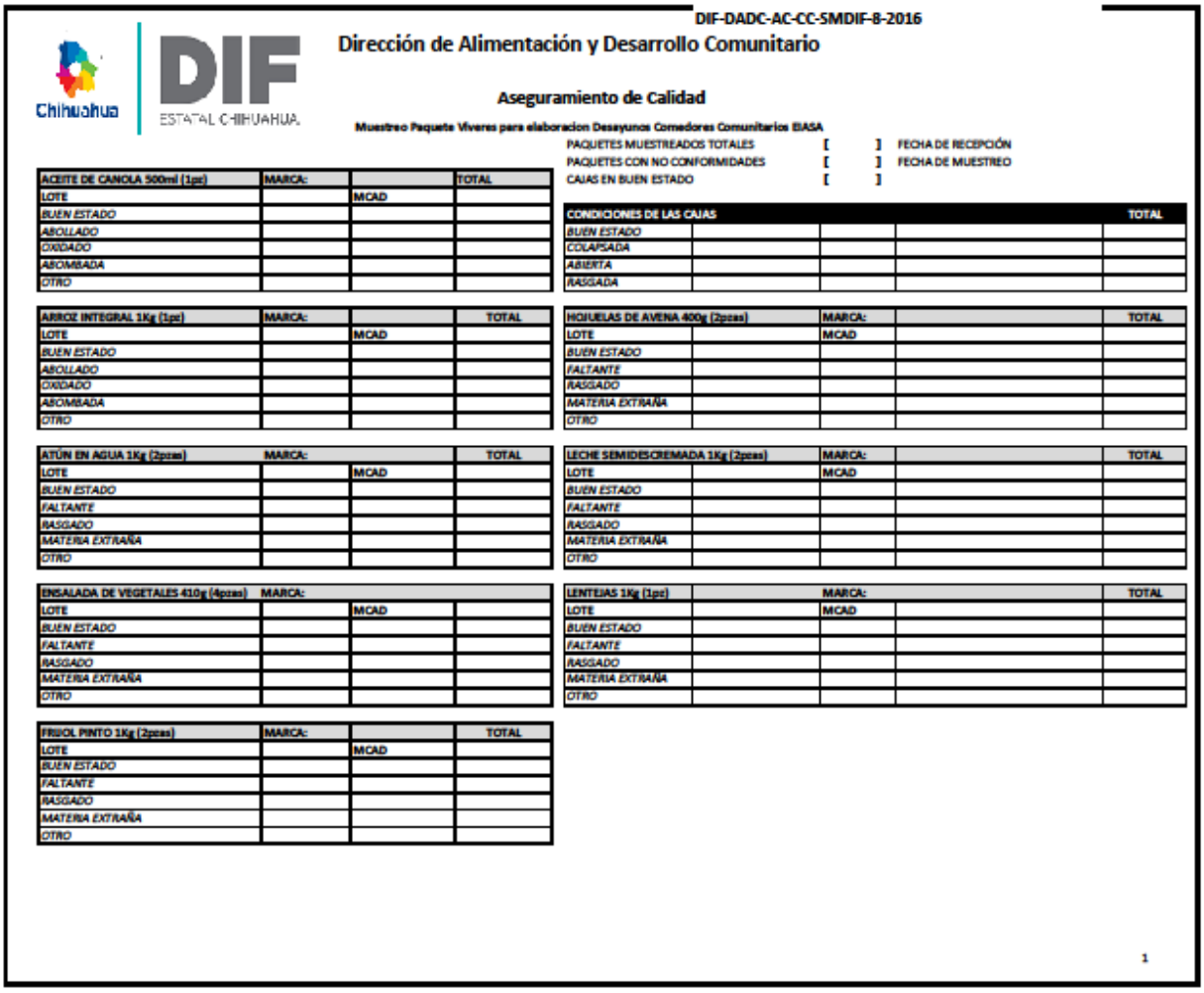
Fecha: _____

Av. Tecnológico No. 2903 Col. Magisterial
Tel. 614 2 14 40 00
Chihuahua, Chih., C.P. 31310

*Se hace para saber si están correctamente focalizados los apoyos de las despensas, queda asentado en la minuta y en caso de que no, se puede cambiar por otros beneficiarios que estén en lista de espera o se dan de baja.

Aseguramiento de la Calidad

Anexo V Muestreo de producto en almacén



DIF-DADC-AC-CC-SMDIF-8-2016

Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario

Aseguramiento de Calidad

Muestreo Paquete Viveres para elaboracion Desayunos Comedores Comunitarios EIASA

PAQUETES MUESTREADOS TOTALES [ ] FECHA DE RECEPCIÓN
PAQUETES CON NO CONFORMIDADES [ ] FECHA DE MUESTREO
CAJAS EN BUEN ESTADO [ ]

ACEITE DE CANOLA 500ml (1pz)	MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
ABOLLADO			
OXIDADO			
ABOMBADA			
OTRO			

CONDICIONES DE LAS CAJAS				TOTAL
BUEN ESTADO				
COLAPSADA				
ABIERTA				
RASGADA				

ARROZ INTEGRAL 1Kg (1pz)	MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
ABOLLADO			
OXIDADO			
ABOMBADA			
OTRO			

HOJUELAS DE AVENA 400g (2pzas)		MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD		
BUEN ESTADO				
FALTANTE				
RASGADO				
MATERIA EXTRAÑA				
OTRO				

ATÚN EN AGUA 1Kg (2pzas)	MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
FALTANTE			
RASGADO			
MATERIA EXTRAÑA			
OTRO			

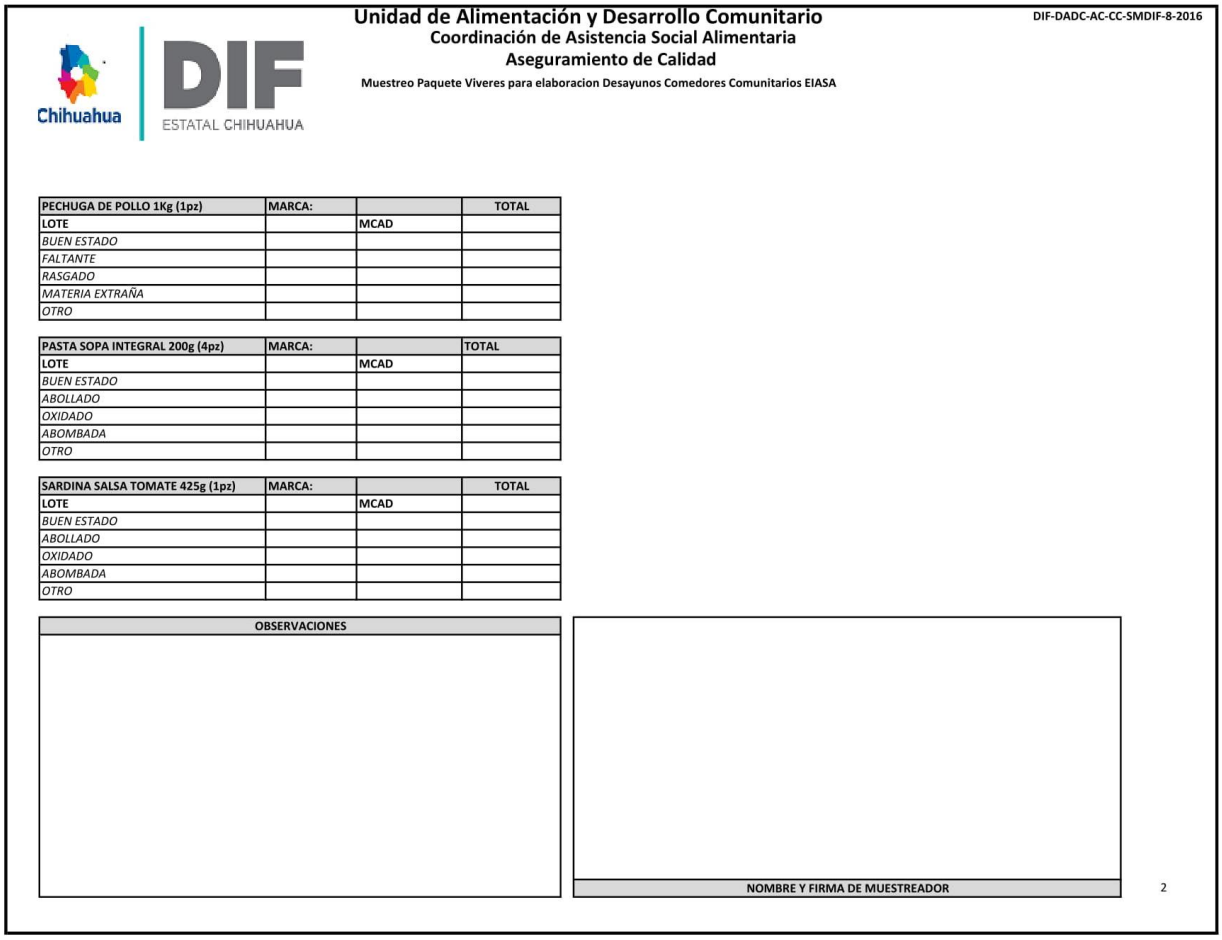
LECHE SEMIDESCREMADA 1Kg (2pzas)		MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD		
BUEN ESTADO				
FALTANTE				
RASGADO				
MATERIA EXTRAÑA				
OTRO				

ENSALADA DE VEGETALES 410g (4pzas)	MARCA:		
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
FALTANTE			
RASGADO			
MATERIA EXTRAÑA			
OTRO			

LENTEJAS 1Kg (1pz)		MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD		
BUEN ESTADO				
FALTANTE				
RASGADO				
MATERIA EXTRAÑA				
OTRO				

FRIJOL PINTO 1Kg (2pzas)	MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
FALTANTE			
RASGADO			
MATERIA EXTRAÑA			
OTRO			

1



Unidad de Alimentación y Desarrollo Comunitario
Coordinación de Asistencia Social Alimentaria
Aseguramiento de Calidad

DIF-DADC-AC-CC-SMDIF-8-2016

Muestreo Paquete Viveres para elaboracion Desayunos Comedores Comunitarios EIASA

PECHUGA DE POLLO 1Kg (1pz)	MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
FALTANTE			
RASGADO			
MATERIA EXTRAÑA			
OTRO			

PASTA SOPA INTEGRAL 200g (4pz)	MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
ABOLLADO			
OXIDADO			
ABOMBADA			
OTRO			

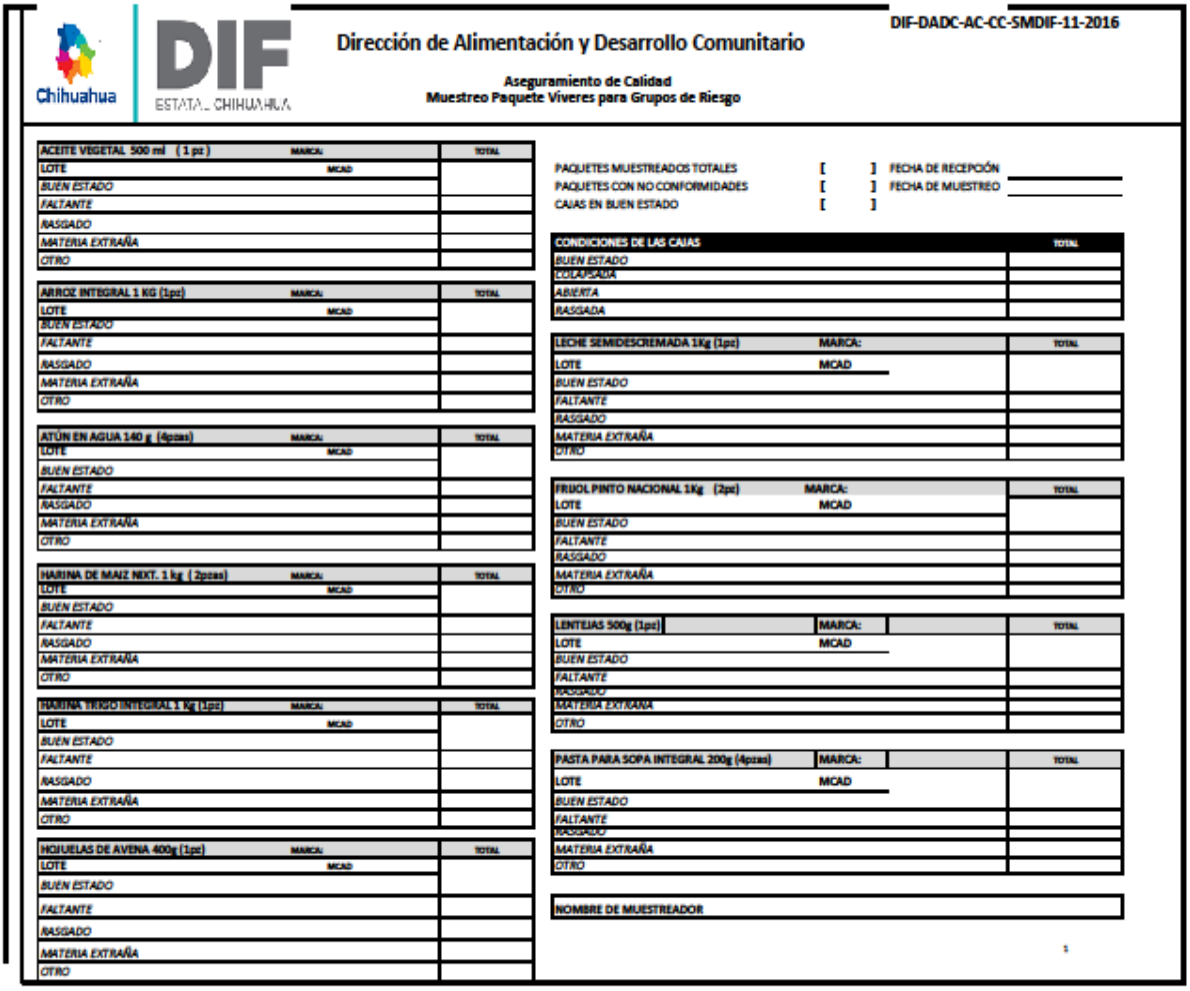
SARDINA SALSA TOMATE 425g (1pz)	MARCA:		TOTAL
LOTE		MCAD	
BUEN ESTADO			
ABOLLADO			
OXIDADO			
ABOMBADA			
OTRO			

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DE MUESTREADOR

2

Anexo VI Muestreo de producto en SMDIF



DIF-DADC-AC-CC-SMDIF-11-2016

Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario

Aseguramiento de Calidad
Muestreo Paquete Víveres para Grupos de Riesgo

ACEITE VEGETAL 500 ml (1 pz)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

ARROZ INTEGRAL 1 KG (1pz)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

ATÚN EN AGUA 140 g (4pzas)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

HARINA DE MAIZ NIXT. 1 kg (2pzas)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

HARINA TRIGO INTEGRAL 1 Kg (1pz)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

HOJUELAS DE AVENA 400g (1pz)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

PAQUETES MUESTREADOS TOTALES [ ] FECHA DE RECEPCIÓN
PAQUETES CON NO CONFORMIDADES [ ] FECHA DE MUESTREO
CAJAS EN BUEN ESTADO [ ]

CONDICIONES DE LAS CAJAS	TOTAL
BUEN ESTADO	
COLAPSADA	
ABIERTA	
RASGADA	

LECHE SEMIDESCREMADA 1Kg (1pz)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

FRIJOL PINTO NACIONAL 1Kg (2pz)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

LENTEJAS 500g (1pz)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

PASTA PARA SOPA INTEGRAL 200g (4pzas)	MARCA:	TOTAL
LOTE	MCAD	
BUEN ESTADO		
FALTANTE		
RASGADO		
MATERIA EXTRAÑA		
OTRO		

NOMBRE DE MUESTREADOR

1

DIF-DADC-AC-CC-SMDIF-10-2016

Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario

Aseguramiento de Calidad

Compilado de resultados de muestreo para Desayuno Frío

DATOS GENERALES			
Nombre del municipio		Fecha en que se recibió la dotación:	
Nombre del generador		Fecha de elaboración:	

CÓDIGOS PARA LAS CONDICIONES DE RECEPCIÓN DE LAS CAJAS				OBSERVACIÓNES Y COMENTARIOS
Buen Estado [1], Colapsada [2], Abierta [3], Rasgada [4]				
INSUMO ALIMENTARIO	**CANTIDAD DE CAJAS RECIBIDAS**	**CANTIDAD DE PAQUETES A MUESTREAR**	**CONDICIÓN DE LAS CAJAS**	
Barra de Avena, Amaranto y Naranja				
Barra de Avena, Arroz y Cacahuate				
Fruta Deshidratada y Cacahuate				
Galleta de Arroz, Armaranto y Cocoa				
Galleta de Pinole				
Minis Galletas Integral de Maíz				
Leche UHT Natural Descremada				
Leche en Polvo Natural Descremada				

DATOS DE LOS PRODUCTOS RECIBIDOS

CÓDIGOS PARA LAS CONDICIONES DE LOS PRODUCTOS AL RECIBIRLOS:

Bueen estado [1], Faltante [2], Rasgado [3], Roto [4], Oxidado [5], Con Fugas [6], Abollado [7], Fauna Nociva [8], Materia Extraña [9], Signos de Violación [10], Otro [11]

INSUMO ALIMENTARIO	CANTIDAD DE LOTES RECIBIDOS	LOTE MÁS FRECUENTE	CADUCIDAD DEL LOTE MÁS FRECUENTE	MARCA	CONDICIONES DE RECEPCIÓN	
					TIPO DE CONDICIÓN	CANTIDAD
Barra de Avena, Amaranto y Naranja						
Barra de Avena, Arroz y Cacahuate						
Fruta Deshidratada y Cacahuate						
Galleta de Arroz, Armaranto y Cocoa						
Galleta de Pinole						
Minis Galletas Integral de Maíz						
Leche UHT Natural Descremada						
Leche en Polvo Natural Descremada						

INCLUIR FIRMA DE GENERADOR Y SELLO DEL DIF MUNICIPAL

Anexo VII Producto no conforme

DIF-DADC-AC-CC-SEDIF-12-2016

Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario

Aseguramiento de Calidad

Formato de reporte de Producto No Conforme

DATOS GENERALES					
FECHA	MUNICIPIO		ESCUELA (DE SER EL CASO)		
PERSONA QUE REPORTA		CARGO Y FRIMA			
FECHA DE RECEPCIÓN DE DOTACIÓN		PERIODO DE ENREGA			
DESCRIPCIÓN DE LA INCONFORMIDAD PRODUCTO EN MAL ESTADO					
NOMBRE DEL PRODUCTO	NO CONFORMIDAD	CANTIDAD	CADUCIDAD	LOTE	PROGRAMA ALIMENTARIO
CONDICIONES DE NO CONFORMIDADES		EVIDENCIA AENXA			
a) RASGADO b) ROTO c) OXIDADO d) ABOMBADO e) EVIDENCIA DE FAINA NOCIVA (INSECTOS, ROEDORES)	f) CON FUGAS g) ABOLLADO h) MATERIA EXTRAÑA i) SIGNOS DE VIOLACIÓN j) OTROS	OBSERVACIONES:			
PRODUCTOS FALTANTES					
FECHA DE RECEPCIÓN					
NOMBRE DEL PRODUCTO	TOTAL		OBSERVACIONES:		
	FRACTURADOS	RECIBIDOS			

INCLUIR FIRMA DE GENERADOR Y SELLO DEL DIF MUNICIPAL

INSTRUCCIONES DE LLENADO		
No.	CONCEPTO	ESPACIO PARA ANOTAR
1	Número de folio	Número consecutivo que asigna el àrea de aseguramiento de calidad.
2	Fecha	Día, mes y año en que se realiza el reporte.
3	Municipio	Nombre del municipio al que corresponde el DIF que realiza el reporte.
4	Escuela	En caso de ser no conformidad detectada en escuela, nombre y clave de la escuela donde se levanta el reporte
5	Persona que reporta	Nombre de la persona que efectúa el reporte.
6	Cargo y firma	Nombramiento de la persona y firma de la persona que realiza el reporte.
7	Presidenta o Directora del DIF Municipal	Nombre de la presidenta o Director del DIF que efectúa el reporte.
8	Firma	Firma de Presidenta o Director del DIF que efectúa el reporte.
PRODUCTO EN MAL ESTADO O RECHAZADO AL PROVEEDOR		
9	Fecha de recepción	Día, mes y año de la fecha en que el DIF Municipal recoge los productos alimenticios.
10	Número de salida	Número de la salida que proporciona DIF Estatal al momento de entregar la dotación bimensual.
11	Fecha de caducidad	Día, mes y año que señalan los artículos como fecha en que caducan.
12	Número de lote	Número de lote señalado en el producto referido.
13	Nombre del producto	Señalar si se trata de galleta, leche, harina, frijol, etc.
14	Anomalías	Tachar con una "X" en el recuadro correspondiente (a,b,c,d,e) a las anomalias que presentan los productos tomando en cuenta la lista de incisos sugerida en el recuadro inferior
15	Causas del rechazo	Especificar las razones por las que se rechazaron dichos productos al proveedor.
16	Observaciones	Anotar aquellos comenbtarios que concideren importantes para el complemento de la información proporcionada al respecto.
PRODUCTOS FALTANTES		
17	Fecha de recepción	Día, mes y año de la fecha en que el DIF Muncipal recogío dotación.
18	Número de factura	Número de factura a la que corresponden los productos faltantes.
19	Nombre del producto faltante	Señalar si se trata de galleta, leche, harina, frijol, etc.
20	Total facturados	Señalar el número total de producto que señala la factura para ser entregado.
21	Total de recibidos	Señalar la cantidad exacta de en unidades del producto que recogió.
22	Total de faltantes	Señalar el número totalde producto que hicieron falta en paquetes aliementarios, que están señalados en el contenido de los mismos.
23	Observaciones	Anotar aquellos comentarios que consideren importantes para el compelmeto d la información proporcionada al respecto.
DATOS A LLENAR POR DIF ESTATAL		
24	Comentarios de control de calidad	Observaciones realizadas por el àrea de aseguramiento de calidad en torno a los productos referidos.
25	Fecha, nombre y firma	Especificar el día, mes y año así como el nombre de la persona del àrea de aseguramiento de calidad que recibió el reporte.
26	Seguimiento	Observaciones del seguimiento y solución que realice el almacén o área de aseguramieto de calidad, según sea el caso.
CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO		
Debe de llenarse a màquina o con letra molde. Debe presentase al àrea de Aseguramiento de calidad a la brevedad posible. La recepsión de la inconformidad no implica el establece la autorización favorable de la insonformidad.		

Equipamiento

Anexo VIII Encuesta de Equipamiento

ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS EQUIPAMIENTO

MUNICIPIO:_____**COMEDOR** _____

FECHA**:**_____

Participante: Genero H_____ M_____ Edad_____

Agradecemos responder las siguientes preguntas con toda sinceridad, las respuestas son importantes para mejorar la calidad de los Equipamientos.

1.- Considero que la calidad del Equipamiento en general es:

◯ Muy buena ◯ Buena ◯ Suficiente ◯ Deficiente

2.- Considero que la cantidad entregada de cada artículo es:

◯ Muy buena ◯ Buena ◯ Suficiente ◯ Deficiente

3.- Considero que la utilidad que se le da a cada artículo es:

◯ Muy buena ◯ Buena ◯ Suficiente ◯ Deficiente

4.- El artículo que menos uso es _____, Y el que más uso es _____

5.- ¿Hay algún artículo que no sabe para que se usa? SI ◯ Cuál _____ NO ◯

V.01.2018

*Se aplicará en cada visita a los comedores por el supervisor, quien al regresar de campo realizará la estadística.

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN CIUDADANA

Anexo IX Encuesta de Satisfacción y Calidad del Servicio

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE CHIHUAUA

Encuesta de Satisfacción y Calidad del Servicio

Atención Ciudadana

Nombre:

Fecha:

1. ¿Qué trámite realizó?

2. El trato de la persona de recepción fue:

a)Excelente b)Bueno c)Regular d)Malo e)Pésimo

3. La atención recibida por parte del resto del personal fue:

a)Excelente b)Bueno c)Regular d)Malo e)Pésimo

4. El tiempo de espera considera que fue:

a)Excelente b)Bueno c)Regular d)Malo e)Pésimo

5. ¿Se le dio respuesta u orientación respecto a su trámite?

a)Si b)No c) no del todo

Comentarios:

AC v-01-18

*Se aplican al final de la atención en ventanilla

ESPARCIMIENTO

Anexo X Encuesta de Servicio

ENCUESTA DE SERVICIO
MUSEO SEMILLA

Chihuahua DIF ESTATAL CHIHUAHUA

¡De puertas abiertas!

Por favor tome un minuto para completar la encuesta siguiente, su colaboración es esencial e insustituible, por lo que le agradeceremos contestarlo en su totalidad.

FOLIO: ☐

FECHA: ☐

***5:** EXCELENTE **4:** BUENO*
***3:** REGULAR **2:** MALO **1:** PÉSIMO*

1	Atención brindada en taquilla	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
2	Atención brindada durante el recorrido	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
3	¿Cómo evalúa la limpieza de las salas de exhibición?	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
4	¿Cómo evalúa el orden de las salas de exhibición?	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
5	¿Cómo evalúa el estado general de las salas de exhibición?	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
6	El material presentado y la información las considera:	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
7	La relación del precio del recorrido con la calidad y servicio:	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
8	En general su experiencia dentro de Museo Semilla:	5☐	4☐	3☐	2☐	1☐
9	¿Recomendaría Museo Semilla a otras personas?				Sí☐	No☐

10 ¿Por qué medio se entero de Museo Semilla?

Prensa ☐ Radio☐ Recomendación☐ Otro ☐

¿Cuál? _____

¿Visitaste la sala temporal "Mente Demente"? Sí☐No☐

¿Del 1 al 10 cuál es tu calificación para la sala? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué temas propones para próximas salas temporales?

_____

Nombre _____

Procedencia _____

Correo electrónico _____

Sexo: Femenino☐ Masculino☐ Fecha de nacimiento _____

Visitante: Esporádico ☐ Habitual☐ Primera vez ☐

Queja o Sugerencia (Utilizar el reverso de la hoja en caso de requerir mayor espacio)

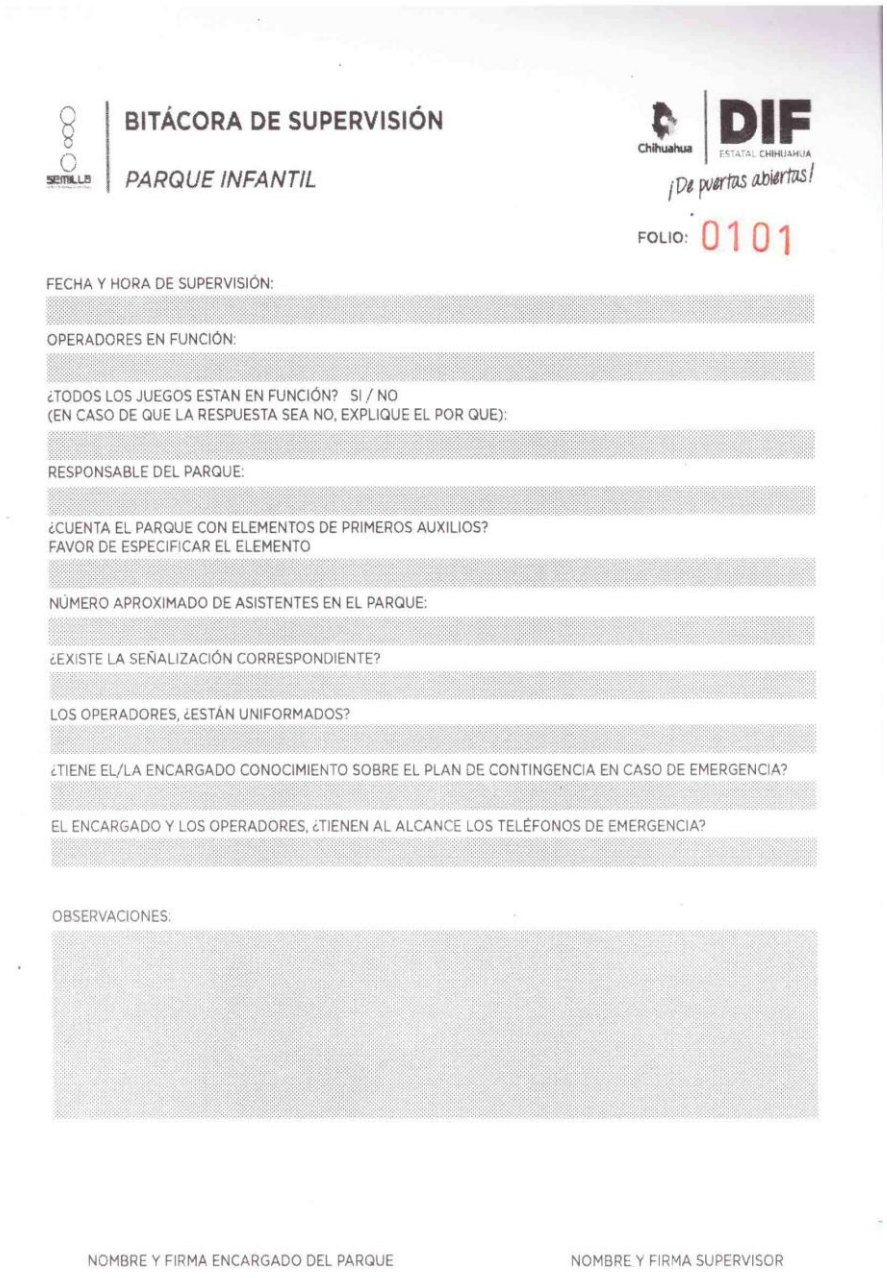
_____

_____

_____

*Se aplican al final de la atención en la Alberca

Anexo XI Bitácora de supervisión



BITÁCORA DE SUPERVISIÓN

PARQUE INFANTIL

¡De puertas abiertas!

FOLIO: 0101

FECHA Y HORA DE SUPERVISIÓN:

OPERADORES EN FUNCIÓN:

¿TODOS LOS JUEGOS ESTAN EN FUNCIÓN? SI / NO
(EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NO, EXPLIQUE EL POR QUE):

RESPONSABLE DEL PARQUE:

¿CUENTA EL PARQUE CON ELEMENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS?
FAVOR DE ESPECIFICAR EL ELEMENTO

NÚMERO APROXIMADO DE ASISTENTES EN EL PARQUE:

¿EXISTE LA SEÑALIZACIÓN CORRESPONDIENTE?

LOS OPERADORES, ¿ESTÁN UNIFORMADOS?

¿TIENE EL/LA ENCARGADO CONOCIMIENTO SOBRE EL PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE EMERGENCIA?

EL ENCARGADO Y LOS OPERADORES, ¿TIENEN AL ALCANCE LOS TELÉFONOS DE EMERGENCIA?

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA ENCARGADO DEL PARQUE

NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR

***Se aplica durante la supervisión.**

FORTALECIMIENTO FAMILIAR

Anexo XII Encuestas de satisfacción de pláticas/talleres

ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS

Actividad:_____

Impartida por: _____

Nombre del participante**:**_____

Participante: Genero F_____ M_____Edad_____

Te agradecemos responder las siguientes preguntas con toda sinceridad, ya que tus respuestas son importantes para mejorar la calidad de nuestro trabajo.

1.- ¿Cómo calificaría la información de la plática que recibiste hoy?

◯ Muy bien ◯ Bien ◯ Suficiente ◯ Deficiente

2.- ¿Qué tan interesante te pareció el tema?

◯ Muy bien ◯ Bien ◯ Suficiente ◯ Deficiente

3.- ¿Aprendiste algo nuevo?

◯ Muy bien ◯ Bien ◯ Suficiente ◯ Deficiente

*Se aplican al final de cada plática o taller a todos los asistentes y se crea una base de datos donde se captura para llevar a cabo el proceso de estadística y tomar las medidas pertinentes.

DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

Anexo XIII

Encuesta de Satisfacción del Usuario

Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua
Dirección de Rehabilitación

¡De puertas abiertas!

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Con el fin de mejorar día a día nuestro servicio, la Dirección de Rehabilitación del DIF Estatal desea evaluar el grado de satisfacción de nuestros usuarios, entendiendo que cualquier apreciación y/o sugerencia recibida, representa una oportunidad de mejora y una herramienta para cumplir con el compromiso de mejora continua adquirido por nuestra parte.

Para ello, le solicitamos nos dedique unos minutos para contestar a las siguientes preguntas relacionadas con la calidad de nuestro trabajo, y que lo haga de la forma más sincera y objetiva posible.

¿Quien contesta la encuesta?

Usuario	Padre	Madre	Hijo (a)	Otros

Motivo de asistencia a la Dirección de Rehabilitación:

Terapia Física	Consulta Médica	Terapia de Lenguaje	Protesis/Ortesis Estudios Apoyos Funcionales	Protesis/Ortesis	Apoyos Funcionales

¿Cómo contacto usted con el servicio?

En persona	Por telefono	Redes Sociales	Por E-mail	Otro (Especifique)

Clasifique su nivel de satisfacción de acuerdo con la siguiente escala de clasificación:
1 = PÉSIMO 2 = REGULAR 3 = ACEPTABLE 4 = BUENO 5 = EXCELENTE NE = (NO EVIDENCIADO) si no fue posible observar los aspectos asociados con la pregunta

Del Servicio:	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que el personal que atiende le proporciona un servicio fiable adecuado a sus necesidades?					
2. ¿La actitud del personal hacia usted es?					
3. ¿Cómo valora usted el tiempo de espera?					
4. ¿Cuál es su grado de satisfacción respecto a la información recibida?					
5. ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada de los pacientes?					
6. ¿El personal le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención ?					
7. ¿Por favor, valore su satisfacción general con nuestro servicio?					

De las Instalaciones:	1	2	3	4	5
1. ¿Cómo considera usted la limpieza y condiciones de las instalaciones?					
2. ¿En el establecimiento existe información clara y pertinente de ubicación de las areas?					
3. ¿Cómo considera usted las condiciones fisicas de la sala de espera?					
4. ¿Le parecen las instalaciones adecuadas al servicio que se ofrece?					
5. ¿Cómo considera usted el espacio de estacionamiento para usuarios?					

Desea realizar algún comentario adicional:

FECHA DE ELABORACIÓN:	**RESPONSABLE:**	**FECHA DE REVISIÓN:**

*Se aplica en el área final de atención al usuario, en recepción la persona de caja, entrega la encuesta y la recibe ya contestada, cada mes seguimiento operativo realizará la captura en base de datos para hacer la estadística.

PROCURADURIA DE PROTECCIÓN A NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Anexo XIV Encuesta de percepción para niños, niñas, adolescentes y adulto mayor

Procuraduría de Protección a Niñas, Niños, Adolescentes
Encuesta de percepción para niños, niñas, Adolescentes y adulto mayor

Toda información recibida, representa una oportunidad de mejora y una herramienta para cumplir con el compromiso adquirido. **Para ello, le solicitamos nos dedique unos minutos para contestar a las siguientes preguntas**			
1. Me sentí seguro en este lugar.			
2. El personal me trato con respeto.			
3. El personal me hablo de una forma que pude entender			
4. Percibí que el personal respeto mi religión y las creencias de mi familia			
5. De ser el caso, el personal considero mi cultura y antecedentes étnicos.			
6. La atención que recibí fue adecuada para mí necesidad.			

DIPV-01-2018

*Se aplica en el área final de atención al usuario, luego de realizará la captura en base de datos para hacer la estadística y presentar informe, así como propuesta de mejora.

Anexo XV Encuesta de satisfacción para Padres, tutores y denunciantes.

Procuraduría de Protección a Niñas, Niños, Adolescentes
Encuesta de satisfacción para Padres, tutores y denunciantes.

Toda información recibida, representa una oportunidad de mejora y una herramienta para cumplir con el compromiso adquirido. **Para ello, le solicitamos nos dedique unos minutos para contestar a las siguientes preguntas.**	SI	NO
1. Cuando le contestan el teléfono se escuchan risas y personas platicando		
2. Recibo del personal un buen trato.		
3. Puedo solicitar información por teléfono sobre mi cita y la recibo.		
4. El personal que me atendió fue profesional en todo momento.		
5. Siento satisfacción con la atención que recibí yo y mi familia		
6. Por lo general me dan largo tiempo de espera		
7. Creo que el servicio debe mejorar		
8. Creo que el tiempo del servicio debe mejorar		
9. Me trataron con respeto e inclusión en todo momento		
10. Recomendaría a las personas este lugar		
1. V-01-2018		

*Se aplica en el área final de atención al usuario, luego de realizará la captura en base de datos para hacer la estadística y presentar informe, así como propuesta de mejora.

DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN E INNOVACIÓN
Anexo XVI Evaluación para eventos de Profesionalización

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN

Curso:	
Sede:	**Fecha del evento:**

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas y contéstelas marcando una X en la casilla de evaluación que le considere.

La escala de evaluación en la siguiente:

5= MUY BIEN **4=** BIEN **3=** SUFICIENTE **2=**DEFICIENTE **1=** MAL

EVALUACIÓN DE LOS INSTRUCTORES	**EVALUACIÓN**				
	5	4	3	2	1
1.- Mostraron dominio del tema.					
2.- Utilizaron un lenguaje claro, adecuado y sencillo.					
3.- Presentaron los objetivos del curso.					
5.- Explicaron la forma en que se trabajaría en el curso.					
6.-Resolvieron oportunamente las dudas y los problemas de los participantes.					
7.-Ilustraron los temas con casos prácticos.					
AUTO EVALUACIÓN	**EVALUACIÓN**				
	5	4	3	2	1
1.- Participé activamente					
2.- Participé positivamente ante el grupo					
3.- Participé positivamente hacia el instructor					
4.- Mi actitud hacía lograr aprendizaje fue:					
5.- Fui puntual					
EVALUACIÓN DEL EVENTO	**EVALUACIÓN**				
	5	4	3	2	1
1.-El desarrollo del curso cumplió con sus expectativas.					
2.- Los ejercicios fueron acordes con el contenido del curso.					
3.- El conocimiento adquirido es aplicable a las funciones que desempeña.					
4.- El conocimiento adquirido fortalece su desarrollo laboral.					
5.- Los materiales empleados fueron suficientes y de calidad.					
COORDINACION DEL EVENTO	**EVALUACIÓN**				
	5	4	3	2	1
1.- La entrega de material didáctico a los participantes fue oportuna.					
2.- Se brindó apoyo tanto al instructor como a los participantes.					

3.- El desempeño del personal encargado de coordinar el evento me parece.					
4.-Le pareció adecuado el lugar donde se llevó a cabo el curso.					
FACTORES AUXILIARES DEL EVENTO	**EVALUACIÓN**				
	5	4	3	2	1
1.- Instalaciones					
2.- Equipos					
3.- Servicio de cafetería					
COMENTARIOS O SUGERENCIAS:					

*Se aplican al final de cada encuentro o taller a todos los asistentes y se crea una base de datos donde el personal de profesionalización captura los resultados, para llevar a cabo el proceso de estadística, informe y tomar las medidas pertinentes.