



1. ¿El taller cumplió con sus expectativas? (Marque la respuesta en el casillero correspondiente).

Completamente [] Parcialmente [] Para nada []

Por favor, explique por qué sí o por qué no.

2. ¿Qué opina sobre la duración del taller? Tenga en cuenta los límites de su tiempo y los temas tratados. (Marque la respuesta en el casillero correspondiente).

Muy largo [] Lo justo [] Muy corto []

Por favor, escriba su explicación:

3. ¿Qué tan relevante fue el taller para su organización o para las necesidades de sus proyectos? (Marque la respuesta en el casillero correspondiente).

Muy relevante [] Algo relevante [] No relevante []

Por favor, escriba su explicación:

4. Califique la cantidad de tiempo dedicado a las siguientes actividades. (Seleccione solo un casillero para cada elemento de la lista).

	Demasiado	Mucho	Justo	Muy corto	Demasiado poco
Presentaciones	[]	[]	[]	[]	[]
Debates con todo el grupo	[]	[]	[]	[]	[]
Debates en grupos pequeños	[]	[]	[]	[]	[]
Actividades participativas	[]	[]	[]	[]	[]
Visita de campo	[]	[]	[]	[]	[]
Recesos / Almuerzo	[]	[]	[]	[]	[]



Introducción al saneamiento ambiental - Evaluación final

5. ¿Cuál fue la parte del taller más útil? Por favor, escriba su explicación.

6. ¿Cuál fue la parte del taller menos útil? ¿Qué haría para mejorarla? Por favor, escriba su explicación.

7. ¿Cómo calificaría los siguientes puntos? (Seleccione solo un casillero para cada elemento de la lista).

	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
Presentaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades participativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materiales para los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenido del taller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacitadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Le gustaría tener más información sobre algún otro tema? ¿Desearía participar en otro taller sobre cualquier otro tema? Por favor, escriba su explicación.

9. ¿Tiene algún comentario sobre el taller, CAWST u otras cuestiones? Por favor, escriba su explicación.

10. ¿Es hombre o mujer?

Mujer Hombre

Nombre (opcional): _____ Organización (opcional): _____