

¡ENCUESTADOR(A)!

Preséntate cordialmente mostrando tu credencial y enfatizando el motivo de tu visita.

COMPROMISO ARU

Los datos que usted proporcione son estrictamente confidenciales y sólo serán utilizados para mejorar los servicios que el proyecto le ofrece.

SECCIÓN 0: DATOS DEMOGRÁFICOS Y GENERALES

0 Nombre 1 Celular

2 Cargo

3 Edad (años cumplidos) 4 Sexo [Marque con una X] 1 Hombre 2 Mujer

5 ¿Usted ha recibido...?

[Marque con una X, puede seleccionar más de una opción]

- 1 Capacitaciones sobre [TEMA ESPECÍFICO] a cargo de IPELC/CEMSE
 2 Equipamiento e infraestructura en [TEMA ESPECÍFICO] a cargo de IPELC/CEMSE
 3 Enseñanzas de [TEMA ESPECÍFICO] a cargo de IPELC/CEMSE

SECCIÓN 1: SEGURIDAD DIGNIDAD Y ACCIÓN SIN DAÑO

Con respecto a esa [ASISTENCIA/SERVICIO] recibida

- 1 ¿Usted se sintió seguro(a) en todo momento? Esto incluye desde su traslado al lugar para recibir la [ASISTENCIA/SERVICIO], mientras recibía la [ASISTENCIA/SERVICIO] hasta su retorno a su lugar de origen.
- | | | |
|--------------------------|------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Sí, totalmente | → Pase a 3 |
| <input type="checkbox"/> | 2 Sí, en general | → Pase a 3 |
| <input type="checkbox"/> | 3 No del todo | |
| <input type="checkbox"/> | 4 No, para nada | |
| <input type="checkbox"/> | 5 No sabe | → Pase a 3 |
| <input type="checkbox"/> | 6 No contesta | → Pase a 3 |

[Marque con una X]

2 ¿Podría indicar qué podría haber hecho IPELC/CEMSE para que Usted se sienta más seguro(a)?

- 3 ¿Ha sentido que el personal de IPELC/CEMSE lo/la ha tratado con respeto durante la [ASISTENCIA/SERVICIO]?
- | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Sí, totalmente | → Pase a Sección 2 |
| <input type="checkbox"/> | 2 Sí, en general | → Pase a Sección 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 No del todo | |
| <input type="checkbox"/> | 4 No, para nada | |
| <input type="checkbox"/> | 5 No sabe | → Pase a Sección 2 |
| <input type="checkbox"/> | 6 No contesta | → Pase a Sección 2 |

[Marque con una X]

4 ¿Podría indicar cuándo, dónde y por qué sintió que no fue tratado(a) con respeto?

SECCIÓN 2: ACCESO EFECTIVO

1 ¿Está satisfecho(a) con la [ASISTENCIA/SERVICIO] que ha recibido?
[Marque con una X]

- 1 Sí, totalmente → Pase a 3
- 2 Sí, en general → Pase a 3
- 3 No del todo
- 4 No, para nada
- 5 No sabe → Pase a 3
- 6 No contesta → Pase a 3

2 ¿Podría indicar por qué no está satisfecho(a) con la [ASISTENCIA/SERVICIO]?
[Marque con una X]

- 1 No fue oportuno
- 2 No se adecuaba a mis necesidades
- 3 Otro → Especifique

3 ¿Usted conoce personas que necesitan de esta [ASISTENCIA/SERVICIO], pero han sido excluidas?
[Marque con una X]

- 1 Sí, muchas
- 2 Sí, algunas
- 3 No del todo → Pase a Sección 3
- 4 No, para nada → Pase a Sección 3
- 5 No sabe → Pase a Sección 3
- 6 No contesta → Pase a Sección 3

4 ¿Podría indicar quién o quiénes fueron excluidos?
[Marque con una X]

- 1 Personas con discapacidad
- 2 Adultos mayores
- 3 Grupos minoritarios
- 4 Otros → Especifique

SECCIÓN 3: ACCESO RENDICIÓN DE CUENTAS

1 Si Usted tuviera alguna sugerencia o problema con respecto a la [ASISTENCIA/SERVICIO], ¿cree que podría hacer saber su sugerencia o presentar una queja?
[Marque con una X]

- 1 Sí, totalmente
- 2 Sí, en general
- 3 No del todo
- 4 No, para nada
- 5 No sabe
- 6 No contesta

2 Que Usted sepa, ¿se han respondido o dado seguimiento a las sugerencias o quejas presentadas?
[Marque con una X]

- 1 Sí, totalmente → Pase a Sección 4
- 2 Sí, en general → Pase a Sección 4
- 3 No del todo
- 4 No, para nada
- 5 No sabe → Pase a Sección 4
- 6 No contesta → Pase a Sección 4

3 Si no es así, ¿podría indicar cuáles fueron los problemas o qué pasó?

SECCIÓN 4: PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO

1 Sus sugerencias u opiniones sobre la [ASISTENCIA/SERVICIO] que ha recibido, ¿han sido tomadas en cuenta por el equipo encargado de brindar la [ASISTENCIA/SERVICIO]?

[Marque con una X]

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Sí, totalmente | → Pase a 3 |
| <input type="checkbox"/> | 2 Sí, en general | → Pase a 3 |
| <input type="checkbox"/> | 3 No del todo | |
| <input type="checkbox"/> | 4 No, para nada | |
| <input type="checkbox"/> | 5 No sabe | → Pase a 3 |
| <input type="checkbox"/> | 6 No contesta | → Pase a 3 |
| <input type="checkbox"/> | 7 No sugerí nada | → Pase a 3 |

2 ¿Por qué cree Usted que sus sugerencias u opiniones no han sido tomadas en cuenta?

3 ¿Se sintió Usted bien informado sobre la [ASISTENCIA/SERVICIO] que ha recibido?

[Marque con una X]

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Sí, totalmente | → FIN ENCUESTA |
| <input type="checkbox"/> | 2 Sí, en general | → FIN ENCUESTA |
| <input type="checkbox"/> | 3 No del todo | |
| <input type="checkbox"/> | 4 No, para nada | |
| <input type="checkbox"/> | 5 No sabe | → FIN ENCUESTA |
| <input type="checkbox"/> | 6 No contesta | → FIN ENCUESTA |

4 En caso negativo, ¿qué podrían haber hecho los encargados de brindar la [ASISTENCIA/SERVICIO] para informarle mejor sobre la [ASISTENCIA/SERVICIO] disponible?

Observaciones del encuestador

Fecha de entrevista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	D	M M A A
Código encuestador	<input type="text"/>		
Código supervisor	<input type="text"/>		