





ENCUESTA DE PERCEPCIÓN					
<b>OBJETIVO DE LA ENCUESTA:</b> Recolectar información a una muestra de los usuarios de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, a través de la cual puedan aportar sus ideas y opiniones acerca de las necesidades y problemáticas nutricionales que les afectan, con el fin de generar propuestas para mejorar los servicios de esta modalidad.					
<b>REGIONAL:</b> _____		<b>EAS</b> _____		<b>UDS:</b> _____	
<b>NOMBRE DEL USUARIO:</b> _____ <b>Número de identificación del usuario:</b> _____					
<b>Número telefónico del usuario:</b> _____					
<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO DE LA REGIONAL QUE SE CONTACTARÁ CON EL USUARIO:</b> _____					
No. Pregunta	Pregunta	Respuestas			
<b>ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN:</b>					
La presente encuesta de percepción cuenta con 3 componentes importantes.					
1. El primero permite identificar y conocer percepciones acerca de los conocimientos y los servicios recibidos a través de la modalidad.					
2. El segundo Componente, busca indagar acerca de la percepción de la atención de los servicios recibidos por esta modalidad.					
3. El tercero busca evaluar la prestación del servicio					
<b>COMPONENTE DE CONOCIMIENTOS Y GENERALIDADES ACERCA DE LA MODALIDAD</b>					
1	Con sus propias palabras describa: ¿Que conocimientos tiene acerca de este servicio?	<b>Relato de la descripción:</b>			
2	Califique de 1 a 5 según su percepción, cual es la importancia de los servicios que ud ha recibido a través de esta modalidad. Para ello es importante tener en cuenta 1 es el valor mas bajo y 5 el mas alto. <b>Recuerde:</b> De acuerdo con los criterios anteriores, ud debe calificar cada opción de manera diferente.	Visita a la familia _____	Entrega de paquete de alimentos _____	Consejería en Lactana Materna: _____	Capacitación en salud y nutrición: _____
3	Durante la prestación del servicio: ¿Algún niño o niña mayor de 6 meses recibio Alimento Listo para el Consumo?	<b>SI</b> _____	<b>NO</b> _____	En caso se ser afirmativo, pase a la pregunta 6.	
4	¿Observó si el Alimento Listo para el Consumo dado al niño o niña mayor de 6 meses mejoró sus condiciones de peso o salud?	<b>SI</b> _____	<b>NO</b> _____	NA _____ (esto para los casos en que la usuaria sea gestante)	<b>OBSERVACIONES:</b> Amplíe su respuesta
5	La siguiente pregunta se realiza si la usuaria de la modalidad es gestante: ¿Recibió Alimentos de Alto Valor Nutricional -AAVN para mujer gestante?	<b>SI</b> _____	<b>NO</b> _____	<b>OBSERVACIONES:</b> Amplíe su respuesta	
<b>COMPONENTE DE PERCEPCIÓN ACERCA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDIANTE ESTA MODALIDAD</b>					
<b>A partir de las preguntas 6 a la 10 los usuarios podrán dar su opinión acerca del grado de satisfacción que de acuerdo con su experiencia tengan acerca de la prestación del servicio y la pregunta señalada. Marque con una equis (X) según su grado de satisfacción de la atención recibida</b>					
					
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	neutral	satisfecho
6	¿Cuál es su percepción del equipo de la EAS frente a la información y conocimientos brindados durante la prestación del servicio de esta modalidad?				
7	Con relación a la disponibilidad por parte de la EAS para atender presencial o telefónicamente, así como para realizar visitas a la familia, ¿Cómo le pareció este proceso?				
8	¿Cómo fue el trato y acogida por parte del equipo de las EAS, hacia las niñas, niños y las mujeres gestantes, como usuarios de la modalidad?				
9	¿Actualmente el equipo interdisciplinario que visita a la familia utiliza los implementos y medidas de bioseguridad?				
10	¿Cómo le parece la calidad de los alimentos de la Ración Familiar para Preparar que recibe a la familia?				
11	¿El equipo interdisciplinario toma en cuenta sus comentarios, opiniones o le permite tener canales para participar en el desarrollo de actividades relacionadas con los servicios que recibe en esta modalidad?				
12	<b>OBSERVACIONES:</b> A partir de las preguntas anteriores, los usuarios pueden ampliar información acerca de alguna de estas, En tal sentido, describa sus comentarios	<b>OBSERVACIONES:</b> Amplíe su respuesta			
<b>COMPONENTE DE PRESTACION DE EVALUACION DEL SERVICIO</b>					
13	¿La cantidad de alimentos de la Ración Familiar para Preparar entregada a la familia. Es suficiente?	<b>SI</b> _____	<b>NO</b> _____	<b>OBSERVACIONES:</b> Amplíe su respuesta	
14	¿Ser usuario/a de los servicios que recibe a través de esta modalidad le ha permitido mejorar la alimentación del niño, niña o como mujer gestante?	<b>SI</b> _____	<b>NO</b> _____	<b>OBSERVACIONES:</b> Amplíe su respuesta	
15	De acuerdo a su experiencia, mencione lo que más le ha gustado de este programa:	<b>Describe:</b>			
16	En su cotidianidad ¿Ha puesto en práctica alguno de los conocimientos de esta modalidad?	<b>SI</b> _____	<b>NO</b> _____	<b>OBSERVACIONES:</b> Amplíe su respuesta	
17	¿Tiene alguna sugerencia para mejorar la prestación del servicio de esta modalidad?	<b>Describe:</b>			