Este cuestionario es solamente para asociaciones que no pueden compartir sus resultados a través del formulario en línea, las preguntas a continuación ya están incluidas en el cuestionario en línea.

Complete las preguntas a continuación y vuelva a su contacto en la AMGS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre de la OM | | |
|  | | |
|  | a. ¿Número de personas que participaron en la evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **1-3** |  |
| **4-6** |  |
| **7-9** |  |
| **10+** |  |
| b. Si más de 10, por favor especifique cuántas personas |  | |
|  | 1. ¿En cuánto tiempo completaron la evaluación? (horas) | Por favor marque UNA casilla | |
| **1-3** |  |
| **4-6** |  |
| **7-9** |  |
| **10+** |  |
| 1. Si más de 10, por favor, especifique cuántas horas. |  | |
| **4.** | ¿En qué idioma completaron la evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **Inglés** |  |
| **Español** |  |
| **Francés** |  |
| **Árabe** |  |
| **5.** | ¿Qué nivel de dificultad enfrentaron para recolectar la información requerida para completar la evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **Fácil** |  |
| **Enfrentaron algunas dificultades pero lo lograron** |  |
| **Difícil** |
| **Muy difícil** |
| **6.** | a. ¿Las descripciones de los indicadores fueron, en términos generales, claras y fáciles de entender? | Por favor marque UNA casilla | |
| **Sí, eran claras y fáciles de entender** |  |
| **Eran claras en general, pero difíciles de entender en algunas ocasiones** |  |
| **No estaban claras y eran difíciles de entender en la mayoría de los casos** |  |
|  | b. Si encontraron que las descripciones no eran claras, por favor proporcione algún ejemplo |  | |
| **7.** | 1. ¿Organizaron alguna sesión específica para completar la evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**í |  |
| **No** |
| 1. De ser así, por favor brinde detalles sobre cómo se llevó a cabo |  | |
| **8.** | ¿Pudieron reunir a expertos en cada sección para el proceso de evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**í |  |
| **No** |  |
| **9.** | ¿En general, contaron en su OM con los conocimientos técnicos necesarios para completar la evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**í |  |
| **No** |  |
| **10.** | ¿Cuánto tiempo les llevó reclutar al equipo que completó la evaluación? (Por favor responda en número de días) |  | |
| **11.** | ¿Qué tipo de apoyo u orientación recibieron por parte de la AMGS para completar la evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **Cara a cara** |  |
| **Por correo electrónico** |  |
| **Por teléfono** |  |
| **Otro** |  |
| **No recibieron apoyo u orientación de la AMGS** |  |
| **12.** | 1. ¿Podrían haber completado esta evaluación sin el apoyo de la AMGS? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**í |  |
| **No** |  |
| 1. De no ser así, indique el tipo de apoyo que ha requerido |  | |
| **13.** | 1. ¿La "autoevaluación" es una forma útil de reflexionar sobre las necesidades de desarrollo de capacidades de su OM? | Por favor marque UNA casilla | |
| **Útil** |  |
| **No útil** |  |
| 1. Si "no es útil", comente por qué. |  | |
| **14.** | ¿En general, cómo calificaría usted (o el equipo que completó la evaluación) la accesibilidad de la herramienta de evaluación? | Por favor marque UNA casilla | |
| **Muy accesible** |  |
| **No muy accesible** |  |
| **15.** | ¿Aprendieron algo nuevo o interesante sobre su OM como parte del proceso? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**í |  |
| **No** |  |
| **16.** | 1. ¿Tienen mayor claridad sobre las carencias y necesidades de desarrollo de capacidad en su organización? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**í |  |
| **No** |  |
| 1. Comentarios |  | |
| **17.** | a. ¿Cuentan con algún proceso de evaluación similar en su OM? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**í |  |
| **No** |  |
| 1. En caso afirmativo, por favor especifique |  | |
| **18.** | a. ¿Con qué frecuencia creen que deben realizar una evaluación de capacidad? | Por favor marque UNA casilla | |
| **Una vez por trienio** |  |
| **Anualmente** |  |
| **Otro** |  |
| b. Si tienen otra sugerencia, por favor dé detalles |  | |
| **19.** | ¿Qué sección(es) de la herramienta han completado? | Por favor marque UNA casilla | |
| **S**ó**lo la sección 1** |  |
| **Sección 1 y 2** |  |
| **S**ó**lo la sección 2** |  |
| **20.** | Fecha |  | |