ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST INICIAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 1.**	Código: Versión: Fecha: Página:

SUBDIRECCIÓN LOCAL:	**PROYECTO:**	
SERVICIO SOCIAL:		**POBLACIÓN OBJETO:**
FECHA:	**TEMA:**	**EQUIPO No:**
NOMBRE Y APELLIDOS PROFESIONAL RESPONSABLE:		
NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST INICIAL:		

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. Para usted, ¿Qué es una ingesta segura?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Cuáles considera que son las estrategias que se pueden emplear para favorecer la alimentación de su hijo o hija?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. ¿Que acciones cree usted que NO debe realizar a la hora de alimentar a su hijo o hija?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST FINAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 1.**	Código: Versión: Fecha: Página:

NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST FINAL:

EQUIPO No:

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. Para usted, ¿Qué es una ingesta segura?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Cuáles considera que son las estrategias que se pueden emplear para favorecer la alimentación de su hijo o hija?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. ¿Que acciones cree usted que NO debe realizar a la hora de alimentar a su hijo o hija?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA CAPACITACIÓN

Marque con una X SI o NO según su criterio

		SI	**NO**
1	¿El tema y la metodología desarrollada fueron adecuadas y cumplieron con sus expectativas?		
2	¿Los materiales utilizados durante el proceso de capacitación fueron adecuados?		
3	¿El capacitador conocía bien el tema?		
4	¿Le gustaría que se llevara continuidad en los procesos de capacitación?		
	Si la respuesta es SI, cuales temas le interesan:		
5	¿Teniendo en cuenta la actividad realizada, a partir de hoy que modificará en sus hábitos para ser más saludable?		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST INICIAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 2.**	Código: Versión: Fecha: Página:

SUBDIRECCIÓN LOCAL:	**PROYECTO:**	
SERVICIO SOCIAL:		**POBLACIÓN OBJETO:**
FECHA:	**TEMA:**	**EQUIPO No:**
NOMBRE Y APELLIDOS PROFESIONAL RESPONSABLE:		
NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST INICIAL:		

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. Para usted, ¿Qué son las buenas prácticas de manufactura?

_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Considera necesario retirar anillos, manillas o relojes de las manos a la hora de manipular alimentos?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____

3. ¿Cúal cree usted que es el proceso para descongelar las carnes?

_____
_____
_____
_____
_____

4. ¿Compraría alimentos que no estén debidamente refrigerados y almacenados?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST FINAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 2.**	Código: Versión: Fecha: Página:

NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST FINAL:

EQUIPO No:

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. Para usted, ¿Qué son las buenas prácticas de manufactura?

_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Considera necesario retirar anillos, manillas o relojes de las manos a la hora de manipular alimentos?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____

3. ¿Cúal cree usted que es el proceso para descongelar las carnes?

_____
_____
_____
_____
_____

4. ¿Compraría alimentos que no estén debidamente refrigerados y almacenados?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA CAPACITACIÓN

Marque con una X SI o NO según su criterio

		SI	**NO**
1	¿El tema y la metodología desarrollada fueron adecuadas y cumplieron con sus expectativas?		
2	¿Los materiales utilizados durante el proceso de capacitación fueron adecuados?		
3	¿El capacitador conocía bien el tema?		
4	¿Le gustaría que se llevara continuidad en los procesos de capacitación?		
	Si la respuesta es SI, cuales temas le interesan:		
5	¿Teniendo en cuenta la actividad realizada, a partir de hoy que modificará en sus hábitos para ser más saludable?		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST INICIAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 3**	Código: Versión: Fecha: Página:

SUBDIRECCIÓN LOCAL:	**PROYECTO:**	
SERVICIO SOCIAL:		**POBLACIÓN OBJETO:**
FECHA:	**TEMA:**	**EQUIPO No:**
NOMBRE Y APELLIDOS PROFESIONAL RESPONSABLE:		
NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST INICIAL:		

Marque conuna X en la columna B. la respuesta correcta a la pregunta realizada en la comuna A.

COLUMNA A	COLUMNA B
1. Las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) se definen como:	**a.** Una herramienta básica para la obtención de productos seguros para el consumo humano, que se centralizan en la higiene y forma de manipulación. **b.** Contribuyen al aseguramiento de una producción de alimentos seguros, saludables e inocuos para el consumo humano. **c.** Son las normas, procesos y procedimientos de carácter técnico que aseguran la calidad de los alimentos. **d.** Todas las anteriores.
2. Una acción de BPM corresponde a:	**a.** Al regresar del baño no es necesario lavarse las manos con agua y jabón y desinfectarse con alcohol en gel. **b.** Utilizar ropa de trabajo adecuada y limpia, lo cual incluye bata, tapabocas y gorro para el pelo. **c.** Comer, beber, toser, estornudar, masticar chicle o escupir durante el proceso de elaboración de los productos lácteos, ni dentro de las instalaciones. **d.** Ninguna de las anteriores.
3. ¿Qué riesgos de contaminación pueden afectar la inocuidad y calidad de los alimentos?	**a.** Químicos, físicos y biológicos. **b.** Físicos, químicos y por manipulador. **c.** Microbiológicos, físicos, y del ambiente. **d.** Ninguna de las anteriores.
4. Los siguientes son alimentos potencialmente peligrosos, EXCEPTO:	**a.** Carne – Pollo - Pescado - huevos **b.** Vegetales **c.** Leche y derivados **d.** Todas las anteriores.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST FINAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 3**	Código: Versión: Fecha: Página:

NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST FINAL:

EQUIPO No:

Marque conuna X en la columna B. la respuesta correcta a la pregunta realizada en la comuna A.

COLUMNA A	COLUMNA B
1. Las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) se definen como:	**a.** Una herramienta básica para la obtención de productos seguros para el consumo humano, que se centralizan en la higiene y forma de manipulación. **b.** Contribuyen al aseguramiento de una producción de alimentos seguros, saludables e inocuos para el consumo humano. **c.** Son las normas, procesos y procedimientos de carácter técnico que aseguran la calidad de los alimentos. **d.** Todas las anteriores.
2. Una acción de BPM corresponde a:	**a.** Al regresar del baño no es necesario lavarse las manos con agua y jabón y desinfectarse con alcohol en gel. **b.** Utilizar ropa de trabajo adecuada y limpia, lo cual incluye bata, tapabocas y gorro para el pelo. **c.** Comer, beber, toser, estornudar, masticar chicle o escupir durante el proceso de elaboración de los productos lácteos, ni dentro de las instalaciones. **d.** Ninguna de las anteriores.
3. ¿Qué riesgos de contaminación pueden afectar la inocuidad y calidad de los alimentos?	**a.** Químicos, físicos y biológicos. **b.** Físicos, químicos y por manipulador. **c.** Microbiológicos, físicos, y del ambiente. **d.** Ninguna de las anteriores.
4. Los siguientes son alimentos potencialmente peligrosos, EXCEPTO:	**a.** Carne – Pollo - Pescado - huevos **b.** Vegetales **c.** Leche y derivados **d.** Todas las anteriores.

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA CAPACITACIÓN

Marque con una X SI o NO según su criterio

		SI	NO
1	¿El tema y la metodología desarrollada fueron adecuadas y cumplieron con sus expectativas?		
2	¿Los materiales utilizados durante el proceso de capacitación fueron adecuados?		
3	¿El capacitador conocía bien el tema?		
4	¿Le gustaría que se llevara continuidad en los procesos de capacitación?		
	Si la respuesta es SI, cuales temas le interesan:		
5	¿Teniendo en cuenta la actividad realizada, a partir de hoy que modificará en sus hábitos para ser más saludable?		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST INICIAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 4**	Código: Versión: Fecha: Página:

SUBDIRECCIÓN LOCAL:	**PROYECTO:**	
SERVICIO SOCIAL:		**POBLACIÓN OBJETO:**
FECHA:	**TEMA:**	**EQUIPO No:**
NOMBRE Y APELLIDOS PROFESIONAL RESPONSABLE:		
NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST INICIAL:		

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué tipos de consistencias de los alimentos conoce?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Considera importante modificar la consistencia de los alimentos cuando se presenta un riesgo al consumirlos?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____
_____

3. ¿Su hijo requiere de modificación en la consistencia del alimento?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____

4. ¿Qué productos utiliza o utilizaría para aumentar el valor nutricional de los alimentos?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FORMATO TEST FINAL** **Dialogos de sabores. Cocina con amor** **Sesión 4**	Código: Versión: Fecha: Página:

NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA QUE DILIGENCIA EL TEST FINAL:

EQUIPO No:

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué tipos de consistencias de los alimentos conoce?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Considera importante modificar la consistencia de los alimentos cuando se presenta un riesgo al consumirlos?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____
_____

3. ¿Su hijo requiere de modificación en la consistencia del alimento?
SI ____ NO____
¿Por qué? _____
_____
_____
_____
_____

4. ¿Qué productos utiliza o utilizaría para aumentar el valor nutricional de los alimentos?
_____
_____
_____
_____
_____

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA CAPACITACIÓN

Marque con una X SI o NO según su criterio

		SI	**NO**
1	¿El tema y la metodología desarrollada fueron adecuadas y cumplieron con sus expectativas?		
2	¿Los materiales utilizados durante el proceso de capacitación fueron adecuados?		
3	¿El capacitador conocía bien el tema?		
4	¿Le gustaría que se llevara continuidad en los procesos de capacitación?		
	Si la respuesta es SI, cuales temas le interesan:		
5	¿Teniendo en cuenta la actividad realizada, a partir de hoy que modificará en sus hábitos para ser más saludable?		

Objetivo: Conocer el grado de apropiación de conocimientos a través de la aplicación de un test inicial y un tes final.

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO

Subdirección Local: sede administrativa de donde depende el servicio social o población objeto.

Proyecto: nombre del proyecto de inversión social.

Servicio Social: número del servicio social correspondiente, de acuerdo a la siguiente denominación:

1.Jardín Infantil Diurno
2.Jardín Infantil Nocturno
3.Casa de pensamiento intercultural
4.Centros Amar
5.Atención Integral a Mujeres Gestantes, Niñas y Niños menores de dos Años “Creciendo en Familia”
6.Creciendo en Familia en la ruralidad
7.Centros Forjar
8.Casas de la Juventud
9.Contacto y atención en calle
10.Centro de Atención Transitoria
11.Hogar de Paso día
12.Hogar de Paso noche
13.Comunidad de Vida
14.Centro de formación para el desarrollo de capacidades académicas, ocupacionales y artísticas
15.Centros día
16.Centros noche
17.Centros de protección social
18.Apoyos económicos
19.Centro Crecer
20.Centros Avanzar
21.Centro Renacer
22.Centros Integrarte-atención externa
23.Centros Integrarte-atención interna
24.Atención Integral a la diversidad sexual y de géneros
25.Unidad contra discriminación
26.Centros Proteger
27.Enlace Social
28.Comedores
29.Apoyo complementación alimentaria-Bonos canjeables por alimentos
30.Apoyo complementación alimentaria-Canastas Básicas

Población Objeto: grupo poblacional al que se dirige el proceso.

Fecha: dia/mes/año de la aplicación del test. En formato dd/mm/aaaa

Tema: nombre del proceso desarrollado.

Equipo No: número asignado al equipo de trabajo para desarrollar la actividad. De no haber conformación de equipos, se coloca No Aplica (N.A).

Nombre y Apellidos Profesional responsable: nombre y apellidos de la persona que desarrolla el proceso.

Nombre y Apellidos persona que diligencia test inicial: nombre y apellidos de la persona que diligencia el test inicial.

Columna A: en esta columna el profesional que va a desarrollar el proceso coloca imágenes o enunciados relacionadas con el tema a tratar, tanto en el test inicial como en el test final.

Columna B: en esta columna el profesional que va a desarrollar el proceso coloca imágenes o enunciados relacionados con la columna A. Es importante colocar dicha descripción en un orden diferente a las imagenes o enunciados.

Nombre y Apellidos persona que diligencia test final: nombre y apellidos de la persona que diligencia el test final.

Evaluación cualitativa de la capacitación: estas preguntas son predeterminadas, no pueden ser cambiadas.