

Date

**Respuesta de la dirección del PMA [Nombre de la oficina que encarga la evaluación] a las recomendaciones derivadas de la evaluación descentralizada de [Objeto de la evaluación] en [País] ([referencia de publicación/ código MIS]) desde [Mes/ año de inicio] a [Mes/ año de finalización]**

Plantilla

1. Este documento, finalizado en [incluir mes y año] presenta la respuesta de la dirección a las recomendaciones derivadas de la evaluación [incluir título de la evaluación].
2. La evaluación, que fue encargada por [escriba el nombre aquí, incluidos los socios si es conjunta] cubre [incluir información sobre el alcance de la evaluación]. La evaluación tiene el doble propósito de rendición de cuentas y de aprendizaje. Informó [profundizar los objetivos y el uso previsto de la evaluación].
3. La evaluación realizó [XX] recomendaciones clave con [Y] acciones. La matriz establece si el PMA está de acuerdo, parcialmente de acuerdo o en desacuerdo con las recomendaciones y subrecomendaciones. Presenta las acciones planeadas (o realizadas), las responsabilidades y los plazos.

| **Recomendaciones y sub-recomendaciones relacionadas (fecha límite)***[según el informe de evaluación – una (sub)recomendación por fila, fecha límite entre paréntesis].* | **Responsable de recomendación y subrecomendación (Divisiones/oficinas de respaldo)** *[Nombre de la oficina/ división del PMA responsable (posiblemente parte interesada externa en el caso de evaluación conjunta). Nombres de las divisiones/ oficinas de respaldo del PMA o partes interesadas externas, si las hubiera, entre paréntesis].*  | **Respuesta de la dirección** *[¿Está De acuerdo, Parcialmente de acuerdo o No concuerda con la (sub)recomendación? Si está parcialmente de acuerdo o no concuerda, proporcione una breve razón para ello].* | **Acciones a tomarse***[Indique brevemente qué acción(es) se tomarán para abordar cada subrecomendación – una acción por fila].* | **Responsable de la acción (divisiones/ oficinas de respaldo)***[Nombre de la oficina/ división/ unidad del PMA responsable. Nombres de las divisiones/ oficinas de respaldo del PMA o partes interesadas externas, si las hubiera, entre paréntesis].*  | **Fecha límite de la acción***[Mes y año – no debe exceder el plazo de la (sub)recomendación relacionada].* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Prioridad: Alta/media*****Recomendación 1:** xyz **(Fecha límite)** |  |  | No aplicable | No aplicable | No aplicable |
| Sub-recomendación 1.1 xyz(Fecha límite) |  |  | 1.1.1 |  |  |
| 1.1.2 Etc. |  |  |
| Sub-recomendación 1.2 xyz(Fecha límite) |  |  | 1.2.1 |  |  |
| ***Prioridad: Alta/media*****Recomendación 2:** xyz **(Fecha límite)**  |  |  | (Para recomendaciones sin subrecomendaciones, indique las acciones aquí).2.1.1  |  |  |
| 2.1.2 Etc. |  |  |