

Clave del Curso \_\_\_\_\_ **1**  
 Fecha de Realización del Curso \_\_\_\_\_ **2**  
 Nombre del Curso \_\_\_\_\_ **3**  
 Nombre del/la Participante \_\_\_\_\_ **4**  
 Nombre del Jefe(a) Inmediato(a) \_\_\_\_\_ **6**  
 Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ **8**

Puesto \_\_\_\_\_ **5**  
 Puesto \_\_\_\_\_ **7**

La presente encuesta tiene como finalidad determinar la relación de los cursos de capacitación y su aplicación en su área de trabajo. Esta información nos servirá para mejorar la calidad de los mismos, por lo que su opinión es de gran importancia para el proceso de capacitación

**Instrucciones:** Coloque en la columna de la derecha el número correspondiente a su opinión sobre el curso en el que participó su colaborador(a), considerando la siguiente escala:

|                              |                                |                    |                                   |                      |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------|
| <b>5</b>                     | <b>4</b>                       | <b>3</b>           | <b>2</b>                          | <b>1</b>             |
| <b>Totalmente de Acuerdo</b> | <b>Parcialmente de Acuerdo</b> | <b>Indiferente</b> | <b>Parcialmente en Desacuerdo</b> | <b>En Desacuerdo</b> |

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Los conocimientos que adquirió su colaborador(a) en el curso tienen aplicación en el ámbito laboral a corto y mediano plazo.</p> <p>2. El curso ayudó a su colaborador(a) a mejorar el desempeño de sus funciones.</p> <p>3. El curso le ayudó a su colaborador(a) a considerar nuevas formas de trabajo.</p> <p>4. El curso que tomó su colaborador(a) le:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Produjo un incremento en su motivación.</li> <li>b) Ha servido para su desarrollo personal.</li> <li>c) Sirvió para integrarse mejor con sus compañeros(as) de trabajo.</li> <li>d) Produjo una mayor comprensión del servicio que presta al TecNM.</li> <li>e) Facilitó una mejoría en su actitud hacia el TecNM o sus compañeros(as) de trabajo.</li> <li>f) Permitió desarrollar algunas habilidades adicionales.</li> <li>g) Generó una mejor comprensión de los conceptos generales del curso aplicables en su trabajo.</li> <li>h) Ofrecieron valores compatibles con los suyos (del participante)</li> </ul> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
|---|--|

**9**

En caso de considerar que existen obstáculos que le impidan aplicar los conocimientos del curso, señale con una "X" el correspondiente.



- |                          |                                      |           |
|--------------------------|--------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Falta de equipo y/o material         | <b>10</b> |
| <input type="checkbox"/> | Falta de apoyo en el área de trabajo |           |
| <input type="checkbox"/> | Otro                                 |           |
- Explique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

| Comentarios y Sugerencias |
|---------------------------|
| <b>11</b>                 |

Fecha de Aplicación \_\_\_\_\_ **12**  
 Nombre y firma del(a) participante \_\_\_\_\_ **13**



Nombre y firma del jefe(a) inmediato(a) \_\_\_\_\_ **14**

**¡GRACIAS!**

|  |  |                           |   |
|--|--|---------------------------|---|
|  <b>EDUCACIÓN</b><br><small>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA</small> | Instructivo de llenado                                       | Código: M00-SC-DP-020-R04 |  <small>TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO</small> |
|  |  | Revisión: 0               |   |
|  | Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y la NMX-R-025-SCFI-2015 | Página: 1 de 1            |   |

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Clave de registro de curso asignado por la Dirección de Personal.
2. Período en el que se realizó el curso.
3. Nombre del curso como fue registrado.
4. Nombre del(a) participante del curso.
5. Puesto en el que desempeña sus funciones el(la) participante.
6. Nombre del Jefe(a) inmediato(a) del participante.
7. Puesto en el que desempeña sus funciones el Jefe(a) inmediato(a).
8. Nombre del Instituto Tecnológico o Centro de adscripción del participante.
9. Indicar el número de la opción correspondiente, según la escala indicada.
10. Marcar con una “X” la opción que corresponda, si es necesario.
11. Espacio para hacer comentarios o sugerencias.
12. Fecha en que se aplica la evaluación, considerando que se aplica tres meses posteriores a la realización del curso.
13. Anotar el nombre completo del(a) participante, así como su firma
14. Anotar el nombre completo del(a) jefe(a) inmediato(a) del participante, así como su firma

|   |   |                                  |   |
|---|---|----------------------------------|---|
|  | <b>Evaluación de Seguimiento - Participante</b>                     | <b>Código: M00-SC-DP-020-R04</b> |  |
|   |   | <b>Revisión: 0</b>               |   |
|   | <b>Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y la NMX-R-025-SCFI-2015</b> | <b>Página 1 de 1</b>             |   |

Clave del Curso \_\_\_\_\_ **1**

Fecha de Realización del Curso \_\_\_\_\_ **2**

Nombre del Curso \_\_\_\_\_ **3**

Nombre del/la Participante \_\_\_\_\_ **4** Puesto \_\_\_\_\_ **5**

Nombre del Jefe(a) Inmediato(a) \_\_\_\_\_ **6** Puesto \_\_\_\_\_ **7**

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ **8**

La presente encuesta tiene como finalidad determinar la relación de los cursos de capacitación y su aplicación en su área de trabajo. Esta información nos servirá para mejorar la calidad de los mismos, por lo que su opinión es de gran importancia para el proceso de capacitación

**Instrucciones:** Coloque en la columna de la derecha el número correspondiente a su opinión sobre el curso en el que participó su colaborador(a), considerando la siguiente escala:

|                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>5</b> | <input type="checkbox"/> <b>4</b> | <input type="checkbox"/> <b>3</b> | <input type="checkbox"/> <b>2</b> | <input type="checkbox"/> <b>1</b> |
| <b>Totalmente de Acuerdo</b>      | <b>Parcialmente de Acuerdo</b>    | <b>Indiferente</b>                | <b>Parcialmente en Desacuerdo</b> | <b>En Desacuerdo</b>              |

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Los conocimientos que adquirió su colaborador(a) en el curso tienen aplicación en el ámbito laboral a corto y mediano plazo.</p> <p>2. El curso ayudó a su colaborador(a) a mejorar el desempeño de sus funciones.</p> <p>3. El curso le ayudó a su colaborador(a) a considerar nuevas formas de trabajo.</p> <p>4. El curso que tomó su colaborador(a) le:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Produjo un incremento en su motivación.</li> <li>b) Ha servido para su desarrollo personal.</li> <li>c) Sirvió para integrarse mejor con sus compañeros(as) de trabajo.</li> <li>d) Produjo una mayor comprensión del servicio que presta al TecNM.</li> <li>e) Facilitó una mejoría en su actitud hacia el TecNM o sus compañeros(as) de trabajo.</li> <li>f) Permitió desarrollar algunas habilidades adicionales.</li> <li>g) Generó una mejor comprensión de los conceptos generales del curso aplicables en su trabajo.</li> <li>h) Ofrecieron valores compatibles con los suyos (del participante)</li> </ul> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|---|--|

**9**

En caso de considerar que existen obstáculos que le impidan aplicar los conocimientos del curso, señale con una "X" el correspondiente.

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <p style="text-align: center;"><b>10</b></p> <p>Falta de equipo y/o material</p> <p>Falta de apoyo en el área de trabajo</p> <p>Otro</p> <p>Explique: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|---|



|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Comentarios y Sugerencias</b> |
| <b>11</b>                        |

Fecha de Aplicación \_\_\_\_\_ **12**

Nombre y firma del(a) participante \_\_\_\_\_ **13**

Nombre y firma del jefe(a) inmediato(a) \_\_\_\_\_ **14**

**¡GRACIAS!**

|  |   |                                   |  |
|--|---|-----------------------------------|--|
|  <b>EDUCACIÓN</b><br><small>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA</small> | <b>Instructivo de llenado</b>                                       | <b>Código: M00-SC-DP- 020-R04</b> |  <small>TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO.</small> |
|  |   | <b>Revisión: 0</b>                |  |
|  | <b>Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y la NMX-R-025-SCFI-2015</b> | <b>Página: 1 de 1</b>             |  |

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Clave de registro de curso asignado por la Dirección de Personal.
2. Período en el que se realizó el curso.
3. Nombre del curso como fue registrado.
4. Nombre del(a) participante del curso.
5. Puesto en el que desempeña sus funciones el(la) participante.
6. Nombre del Jefe(a) inmediato(a) del participante.
7. Puesto en el que desempeña sus funciones el Jefe(a) inmediato(a).
8. Nombre del Instituto Tecnológico o Centro de adscripción del participante.
9. Indicar el número de la opción correspondiente, según la escala indicada.
10. Marcar con una "X" la opción que corresponda, si es necesario.
11. Espacio para hacer comentarios o sugerencias.
12. Fecha en que se aplica la evaluación, considerando que se aplica tres meses posteriores a la realización del curso.
13. Anotar el nombre completo del(a) participante, así como su firma
14. Anotar el nombre completo del(a) jefe(a) inmediato(a) del participante, así como su firma