
	Evaluación de Seguimiento - Jefe Inmediato	Código: M00-SC-DP-020-R04	
		Revisión: 0	
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y la NMX-R-025-SCFI-2015	Página 1 de 1	

Clave del Curso _____
 Fecha de Realización del Curso _____
 Nombre del Curso _____
 Nombre del/la Participante _____ Puesto _____
 Nombre del Jefe(a) Inmediato(a) _____ Puesto _____
 Centro de Trabajo _____

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:

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> Totalmente de Acuerdo	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> Parcialmente de Acuerdo	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> Indiferente	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> Parcialmente en Desacuerdo	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> En Desacuerdo
1. Los conocimientos que adquirió su colaborador(a) en el curso tienen aplicación en el ámbito laboral a corto y mediano plazo.				<input type="text"/>
2. El curso ayudó a su colaborador(a) a mejorar el desempeño de sus funciones.				<input type="text"/>
3. El curso le ayudó a su colaborador(a) a considerar nuevas formas de trabajo.				<input type="text"/>
4. El curso que tomó su colaborador(a) le:				<input type="text"/>
a) Produjo un incremento en su motivación.				<input type="text"/>
b) Ha servido para su desarrollo personal.				<input type="text"/>
c) Sirvió para integrarse mejor con sus compañeros(as) de trabajo.				<input type="text"/>
d) Produjo una mayor comprensión del servicio que presta al TecNM.				<input type="text"/>
e) Facilitó una mejoría en su actitud hacia el TecNM o sus compañeros(as) de trabajo.				<input type="text"/>
f) Permitió desarrollar algunas habilidades adicionales.				<input type="text"/>
g) Generó una mejor comprensión de los conceptos generales del curso aplicables en su trabajo.				<input type="text"/>
h) Ofrecieron valores compatibles con los suyos (del participante)				<input type="text"/>



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
<input type="checkbox"/>	Falta de apoyo en el área de trabajo
<input type="checkbox"/>	Otro
	Explique: _____

Comentarios y Sugerencias



Fecha de Aplicación _____
 Nombre y firma del(a) participante _____
 Nombre y firma del jefe(a) inmediato(a) _____

¡GRACIAS!

 EDUCACIÓN <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

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

Clave del Curso _____

Fecha de Realización del Curso _____

Nombre del Curso _____

Nombre del/la Participante _____ Puesto _____

Nombre del Jefe(a) Inmediato(a) _____ Puesto _____

Centro de Trabajo _____

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:

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

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
<input type="checkbox"/>	Falta de apoyo en el área de trabajo
<input type="checkbox"/>	Otro
	Explique: _____



Comentarios y Sugerencias

Fecha de Aplicación _____

Nombre y firma del(a) participante _____

Nombre y firma del jefe(a) inmediato(a) _____

¡GRACIAS!

 EDUCACIÓN <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