

Nombre de Curso/taller:		Fecha inicio:	
Nombre de Instructor:		Fecha término:	
Área del capacitado:		Total horas:	

EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

Nº	Reactivo	Si	No
1	¿El curso le proporcione elementos para desarrollar mejor las actividades en su área?		
Porque:			
2	¿Utilizará Los conocimientos adquiridos en su área de trabajo?		
Porque:			
3	Cree necesario que el curso deba tener alguna actividad complementaria		
Porque:			
Señale cuál de las siguientes opciones le parece adecuada para el curso recibido			
4	Metodología utilizada en el curso/taller para impartir los contenidos		
1) Deficiente 2) Regular 3) Bien 4) Muy Bien 5) Excelente			
5	Motivación del instructor al grupo para su participación.		
1) Deficiente 2) Regular 3) Bien 4) Muy Bien 5) Excelente			
6	Asimilación del contenido y compromiso personal con los temas abordados		
1) Deficiente 2) Regular 3) Bien 4) Muy Bien 5) Excelente			
7	Infraestructura y comodidad del lugar de la capacitación		
1) Deficiente 2) Regular 3) Bien 4) Muy Bien 5) Excelente			
8	Cumplimiento del horario y del programa		
1) Deficiente 2) Regular 3) Bien 4) Muy Bien 5) Excelente			
9	En términos generales cómo calificaría este curso		
1) Deficiente 2) Regular 3) Bien 4) Muy Bien 5) Excelente			

Sugerencias de mejora para próximas actividades de capacitación y/o actualización:

