

	Nombre del documento: Evaluación de Seguimiento por el Jefe Inmediato.	Código: 513-PR-34-R06
	Referencia de la Norma: ISO9001:2008, 6.2.2	Revisión: 2
		Página 1 de 1

## Instructivo de Llenado

1. Clave de registro de curso asignado por la Dirección de Capacitación y Desarrollo.
2. Período en el que se realizó el curso.
3. Nombre del curso como fue registrado.
4. Nombre del participante del curso.
5. Puesto en el que desempeña sus funciones el participante.
6. Nombre del Jefe inmediato del participante.
7. Puesto en el que desempeña sus funciones el Jefe inmediato.
8. Nombre del Instituto Tecnológico o Centro.
9. Marcar con una “X” la calificación 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 dos meses posteriores a la realización del curso.

### Evaluación de Seguimiento Jefe Inmediato

Clave del Curso \_\_\_\_\_  
 Fecha de Realización del Curso \_\_\_\_\_  
 Nombre del Curso \_\_\_\_\_  
 Nombre del Participante del Curso \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
 Nombre del Jefe Inmediato \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
 Instituto Tecnológico o Centro \_\_\_\_\_

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, considerando la siguiente escala:

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

**GRACIAS**