



DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICA
 COORDIANCIÓN SECTORIAL DE PROMOCIÓN DE LA CALIDAD Y EVALUACIÓN
 DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

Evaluación de Seguimiento Participante

Clave del Curso _____
 Fecha de Realización del Curso _____
 Nombre del Curso _____
 Nombre del Participante del _____ Puesto _____
 Nombre del Jefe _____ Puesto _____
 Plantel _____

La presente encuesta tiene como finalidad determinar la relación de los cursos de capacitación y su aplicación en su área de trabajo. Está 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, considerando la siguiente escala:

4	3	2	1
Totalmente de Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	En Desacuerdo

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Los conocimientos adquiridos en el curso tiene aplicación en su ámbito laboral en el corto y mediano plazo. | <input type="text"/> |
| 2. El curso le ayudó a mejorar el desempeño de sus funciones. | <input type="text"/> |
| 3. El curso le ayudó a considerar nuevas formas de trabajo. | <input type="text"/> |
| 4. El curso que tomó 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 de trabajo. | <input type="text"/> |
| d) Produjo una mayor comprensión del servicio que presta al SNEST. | <input type="text"/> |
| e) Facilito una mejoría en su actitud hacia la DGEST, el SNEST o sus compañeros de trabajo. | <input type="text"/> |
| f) Permitio desarrollar algunas habilidades adicionales. | <input type="text"/> |
| g) Genero una mejor comprensión de los conceptos generales del curso aplicables en su trabajo. | <input type="text"/> |
| h) Ofrecieron valores compatibles con los suyos | <input type="text"/> |

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

- Falta de equipo y/o material
 Falta de apoyo en el área de trabajo
 Otro

Explique: _____

Comentarios y Sugerencias

Fecha de Aplicación _____

GRACIAS