# Fecha de Diligenciamiento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |

DIA

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL COLABORADOR** | **DEPENDENCIA** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN** | **Nº DE HORAS** | **LUGAR** |
|  |  |  |
| **NOMBRE DEL FORMADOR** |
|  |

 **A continuación marque con una (X) su respuesta: (mínimo 1, máximo 5):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANEACIÓN DEL CURSO** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **COMENTARIO** |
| ¿Se cumplieron los objetivos? |  |  |  |  |  |  |
| ¿El contenido fue bueno? |  |  |  |  |  |  |
| ¿La metodología fue adecuada? |  |  |  |  |  |  |
| ¿El número de horas fue suficiente? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se realizó todo lo programado? |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **COMENTARIO** |
| ¿Las aulas o salones fueron adecuados? |  |  |  |  |  |  |
| ¿El horario utilizado facilitó su asistencia? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Los equipos utilizados fueron adecuados? |  |  |  |  |  |  |
| ¿El material suministrado fue suficiente? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Las aulas o salones fueron adecuados? |  |  |  |  |  |  |
| ¿El horario utilizado facilitó su asistencia? |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APLICABILIDAD** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **COMENTARIO** |
| ¿Sabia realizar la tarea antes de asistir a la capacitación? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se cumplieron sus expectativas? |  |  |  |  |  |  |
| ¿La capacitación me brindó los conocimientos e información necesarios para el desempeño en mi puesto de trabajo? |  |  |  |  |  |  |
| ¿El contenido es aplicable para superar dificultades en su trabajo o vida cotidiana? |  |  |  |  |  |  |
| **INSTRUCTOR** | **¿DOMINA EL TEMA?** | **¿COMUNICA EL TEMA DE MANERA CLARA Y ORGANIZADA?** | **¿CUMPLIÓ EL HORARIO?** | **COMENTARIO** |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| } |
| **CALIFICACIÓN GENERAL DEL CURSO (mínimo 1, máximo 5):** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **¿QUÉ OTRA CAPACITACIÓN CONSIDERA USTED DEBE RECIBIR PARA DESEMPEÑAR MEJOR SU TRABAJO?** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES** |
|  |
|  |
| **FIRMA DEL COLABORADOR** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Coordinación de Talento Humano INTUITIVA CONSULTORES  | Aseguramiento de la Calidad | Rectoría  | Julio de 2017 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |