**Encuesta de satisfacción para participante en curso de capacitación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Proyecto** |  | **Código** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del curso** |  | **Fecha inicio** |  |
| **Lugar** |  | **Fecha fin** |  |
| **Capacitador(es) docentes** |  | **Nro. horas** |  |
| **Capacitador(es) estudiantes** |  | **Nro. horas** |  |

Por favor marque con una “X” los siguientes aspectos del curso en una escala de 1 (nada satisfactorio) a 5 (totalmente satisfactorio)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aspecto** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Contenido** |  |  |  |  |  |
| Los temas tratados respondieron a sus necesidades y expectativas |  |  |  |  |  |
| Se definieron con claridad los objetivos a alcanzar |  |  |  |  |  |
| El uso se los recursos didácticos fueron apropiados |  |  |  |  |  |
| **Logística** |  |  |  |  |  |
| Lugar del evento |  |  |  |  |  |
| Espacio de trabajo disponible |  |  |  |  |  |
| Duración del curso |  |  |  |  |  |
| Horario |  |  |  |  |  |
| Otras facilidades: baños |  |  |  |  |  |
| **Capacitador** |  |  |  |  |  |
| Conocimiento del tema |  |  |  |  |  |
| Claridad en la exposición |  |  |  |  |  |
| Uso de recursos didácticos |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Calificación general del curso** |  |  |  |  |  |

Comentarios y sugerencias para el capacitador

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma Lugar y Fecha