
	Evaluación de Seguimiento - Participante	Código: M00-SC-DP-020-R04	
		Revisión: 0	
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y la NMX-R-025-SCFI-2015	Página 1 de 1	

Clave del Curso TNM-234-12-2024  
Fecha de Realización del Curso Del 22 al 26 de enero 2024  
Nombre del Curso Investigacion de Mercado  
Nombre del/la Participante Erika paez chacha  
Nombre del Jefe(a) Inmediato(a) \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo I.T.S. SAN ANDRES TUXTLA

Puesto Docente  
Puesto \_\_\_\_\_

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 su colaborador(a), considerando la siguiente escala:

<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Totalmente de Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Indiferente	Parcialmente en Desacuerdo	En Desacuerdo

1. Los conocimientos que adquirió su colaborador(a) en el curso tienen aplicación en el ámbito laboral a corto y mediano plazo.
2. El curso ayudó a su colaborador(a) a mejorar el desempeño de sus funciones.
3. El curso le ayudó a su colaborador(a) a considerar nuevas formas de trabajo.
4. El curso que tomó su colaborador(a) le:
  - a) Produjo un incremento en su motivación.
  - b) Ha servido para su desarrollo personal.
  - c) Sirvió para integrarse mejor con sus compañeros(as) de trabajo.
  - d) Produjo una mayor comprensión del servicio que presta al TecNM.
  - e) Facilitó una mejoría en su actitud hacia el TecNM o sus compañeros(as) de trabajo.
  - f) Permitió desarrollar algunas habilidades adicionales.
  - g) Genero una mejor comprensión de los conceptos generales del curso aplicables en su trabajo.
  - h) Ofrecieron valores compatibles con los suyos (del participante)

5  
 5  
 5  
 5  
 5  
 5  
 5  
 5

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 6 de febrero 24  
Nombre y firma del(a) participante [Firma]

Nombre y firma del jefe(a) inmediato(a) [Firma]

**¡GRACIAS!**

	Evaluación de Seguimiento - Jefe Inmediato	Código: M00-SC-DP-020-R04	
		Revisión: 0	
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y la NMX-R-025-SCFI-2015	Página 1 de 1	

Clave del Curso TNM-234-12-2024  
 Fecha de Realización del Curso Del 22 al 26 de enero 2024  
 Nombre del Curso Investigación de mercado  
 Nombre del/la Participante \_\_\_\_\_  
 Nombre del Jefe(a) Inmediato(a) Renata Ramos Moreno  
 Centro de Trabajo I.T.S. SAN ANDRES TUXTLA

Puesto \_\_\_\_\_  
 Puesto Jefa de div. de Licenciatura Adm

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(a), considerando la siguiente escala:

<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>Parcialmente de Acuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Parcialmente en Desacuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>

- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los conocimientos que adquirió su colaborador(a) en el curso tienen aplicación en el ámbito laboral a corto y mediano plazo.</li> <li>2. El curso ayudó a su colaborador(a) a mejorar el desempeño de sus funciones.</li> <li>3. El curso le ayudó a su colaborador(a) a considerar nuevas formas de trabajo.</li> <li>4. El curso que tomó su colaborador(a) le:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Produjo un incremento en su motivación.</li> <li>b) Ha servido para su desarrollo personal.</li> <li>c) Sirvió para integrarse mejor con sus compañeros(as) de trabajo.</li> <li>d) Produjo una mayor comprensión del servicio que presta al TecNM.</li> <li>e) Facilitó una mejoría en su actitud hacia el TecNM o sus compañeros(as) de trabajo.</li> <li>f) Permitió desarrollar algunas habilidades adicionales.</li> <li>g) Genero una mejor comprensión de los conceptos generales del curso aplicables en su trabajo.</li> <li>h) Ofrecieron valores compatibles con los suyos (del participante)</li> </ol> </li> </ol> | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 40px; margin: 5px auto;"> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table> | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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 6 de Febrero 24  
 Nombre y firma del(a) participante Renata Ramos Moreno

Nombre y firma del jefe(a) inmediato(a) Renata Ramos Moreno

**¡GRACIAS!**