



Estimado/a Participante:

Su opinión permitirá evaluar y mejorar las futuras acciones de Capacitación, agradecemos su valioso aporte completando esta encuesta

PERFIL DEL PARTICIPANTE

Sexo Femenino Masculino
Rango Etario Menos de 25 años de 25 a 40 años de 41 a 60 años Más de 60 años

Nivel de Estudios (Marcar con una X el último nivel alcanzado)

	Completo	Incompleto	Cursando
Primario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Completo	Incompleto	Cursando
Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Terciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activ.Laboral/Ocupación Hotelería Agencia de Viajes Gastronomía Prestador de Svc Tco
 Sector Público Artesanía Docencia Estudiante de Tmo
 Otros.....

Antigüedad Menos de 1 año Ente 1 y 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años

1- EVALUACIÓN GENERAL DEL DISERTANTE/ ES

- a) Dominio del tema
- b) Claridad en la transmisión de conceptos
- c) Interacción con los participantes
- d) Manejo de los tiempos
- e) Dinámica de la capacitación

	Sobresaliente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
a)	<input type="checkbox"/>				
b)	<input type="checkbox"/>				
c)	<input type="checkbox"/>				
d)	<input type="checkbox"/>				
e)	<input type="checkbox"/>				

2- EVALUACION DE LOS CONTENIDOS

- a) Calidad
- b) Cantidad
- c) Aplicación práctica de los contenidos aprendidos a su actividad

	Sobresaliente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
a)	<input type="checkbox"/>				
b)	<input type="checkbox"/>				
c)	<input type="checkbox"/>				

3- EVALUACION DE LA ORGANIZACIÓN

- a) Difusión
- b) Multimedia (equipos de proyección, sonido, etc.)
- c) Aula e Instalaciones (espacio, luminosidad, acústica, ventilación)
- d) Supervisión del curso por parte de la organización

	Sobresaliente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
a)	<input type="checkbox"/>				
b)	<input type="checkbox"/>				
c)	<input type="checkbox"/>				
d)	<input type="checkbox"/>				

4- TEMAS EN LOS QUE LE INTERESARÍA CAPACITARSE

- a)- Señale que otras actividades de capacitación le interesarían

5- COMENTARIOS/SUGERENCIAS
