

Nombre y Apellido:	Fecha:
Cliente:	

EVALUACION DE LA CAPACITACION

Puntuacion:

1: Muy mala 2: Mala 3: Regular 4: Buena 5: Muy Buena

Coloque un tilde en la puntuacion que considere para cada caso.

Respecto del formador:

	1	2	3	4	5
a) Claridad en los conceptos explicados y en la operativa del formador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Destreza del mismo en responder a las preguntas con claridad y concision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Habilidad del formador para mantener una relacion clara entre contenidos y objetivos del curso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respecto a la capacitacion dictada:

	1	2	3	4	5
a) Comprension de la misma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Precision en los diferentes temas explicados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cumplimiento de las expectativas de la clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respecto al lugar:

	1	2	3	4	5
a) Comodidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ruidos (Puntuacion: 1:Mucho ;2: Poco; 3: Normal; 4: Nada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Iluminacion del ambiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>