|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA FORMACIÓN:** |  |
| **NOMBRE DEL MÓDULO:** |  |
| **NOMBRE DEL DOCENTE:** |  |
| **FECHA DE ORIENTACIÓN DEL MÓDULO:** |  |
| **NOMBRE DE LA FORMACIÓN:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **CALIFICACIÓN** | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **PERCEPCIÓN FRENTE AL EVENTO DE APRENDIZAJE** |  |  |  |  |  |
| ¿Puedo realizar una aplicación de todos los conocimientos adquiridos en mi puesto de trabajo? |  |  |  |  |  |
| ¿Puedo realizar una aplicación parcial de los conocimientos adquiridos en mi puesto de trabajo? |  |  |  |  |  |
| ¿El conocimiento recibido no da respuesta a las actividades de mi cargo? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **SOBRE EL DOCENTE** |  |  |  |  |  |
| ¿Los contenidos tratados tuvieron la profundidad necesaria y el facilitador demostró dominio del tema? |  |  |  |  |  |
| ¿La metodología del facilitador permitió la comprensión del tema y mantuvo el interés de los asistentes del evento? |  |  |  |  |  |
| ¿El facilitador promovió en los asistentes la búsqueda de aplicaciones del conocimiento desarrollado en su trabajo? |  |  |  |  |  |
| ¿El facilitador dio cumplimiento con el horario acordado para el evento de aprendizaje? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **SOBRE LA CALIDAD DEL EVENTO DE APRENDIZAJE** |  |  |  |  |  |
| ¿Se cumplió el objetivo de aprendizaje propuesto para este evento? |  |  |  |  |  |

OBSERVACIONES:

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

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

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