



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Educación en Salud
División de Educación Permanente en Salud



| | | | | |
|--|--|------------------------|------------|--|
| | | (*)FOLIO: | | |
| Encuesta de Satisfacción | | | | |
| DELEGACION: | | FECHA: | | |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: | | CATEGORIA CONTRACTUAL: | | |
| Se requiere conocer su opinión en relación al curso de educación continua al que asistió. Se agradecerá responda el siguiente cuestionario colocando una (X) en la columna que mejor expresa su "Acuerdo" o "Desacuerdo" con el enunciado. | | | | |
| ENUNCIADOS | | ACUERDO | DESACUERDO | |
| Al inicio de la capacitación me dieron a conocer los temas y la forma de evaluación. | | | | |
| Los objetivos de la capacitación están relacionados con mi trabajo. | | | | |
| El profesor cumplió con el programa de la capacitación. | | | | |
| Los temas del curso se impartieron en forma interesante. | | | | |
| Me dieron las facilidades para acudir a la capacitación | | | | |
| En caso de existir, escriba sus comentarios: | | | | |
| Observación: máximo sesenta días posteriores a finalizar la capacitación usted deberá recibir, en caso de aprobar la evaluación, la constancia correspondiente. En caso contrario notificar vía correo electrónico a la siguiente dirección: leonardo.jimenez@imss.gob.mx , señalando número de curso, fecha y lugar donde asistió a la misma. | | | | |
| (*) Para construir el folio se usará el número de curso/número progresivo de asistente. Ejemplo: 101090/001 | | | | |

