|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo del (la) prestador (a): | Fecha: día/mes/año | |
| Nombre de la dependencia receptora (Institución, organismo, empresa): | | |
| **INSTRUCCIONES:** Con la finalidad de medir el grado de satisfacción e identificar las competencias, aptitudes y actitudes **del (la) prestador (a)**, le solicito califique los aspectos de acuerdo a la siguiente escala:  ***1:*** *Pésim@* ***2:*** *Mal@* ***3:*** *Regular*  ***4:*** *Buen@* ***5:*** *Excelente*  **¡SEA LO MÁS OBJETIVO POSIBLE!**  Nota: Puede llenarlo en computadora o a mano  **¡GRACIAS!** | | **Calificación** |
| 1. Su perfil profesional fue: | |  |
| 1. Su actitud fue: | |  |
| 1. Su trabajo en equipo fue: | |  |
| 1. Su iniciativa fue: | |  |
| 1. Su cumplimiento de actividades fue: | |  |
| 1. Su puntualidad fue: | |  |
| 1. Su liderazgo fue: | |  |
| 1. Su comunicación oral fue: | |  |

1. ¿Qué sugiere para mejorar la formación del (la) prestador (a)?

|  |
| --- |
|  |

**Nombre completo, firma de el/la responsable del prestador** **y sello**

¡Muchas gracias por su colaboración, su opinión es muy importante para nuestra Institución