|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.- INFORMACIÓN GENERAL** | | | | | |
| Facultad / Centro: | | | | Departamento: | |
| No. Empleado: | Nombre del Docente: | | | | |
| Nombre del Jefe de Departamento: | | | | | |
| Fecha de revisión: | | | | | |
| **B.- RESUMEN DE CALIFICACIÓN POR TIPO DE ENCUESTA** | | | | | **PUNTAJE** |
| 1. Autoevaluación | | | | |  |
| 2. Evaluación de Estudiantes | | | | |  |
| 3. Evaluación del Jefe de Depto. | | | | |  |
| **Puntaje Total** | | | | |  |
| **Calificación** | | | | |  |
| **C. REVISIÓN DE RESPUESTA A PREGUNTAS ABIERTAS ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN** | | | | | |
| **Aspectos positivos** | | **Aspectos que requieren mejora** | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **D.- NECESIDADES DE CAPACITACIÓN** | | | | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| **E.- ACTIVIDADES QUE REALIZARÁ EL DOCENTE PARA ATENDER LAS ÁREAS DE MEJORA** | | | | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| **F.- ACCIONES DE SEGUIMIENTO POR PARTE DEL JEFE DE DEPARTAMENTO** | | | | | |
|  | | |  | | |

Firma del Docente

Firma y Sello del Jefe de Departamento