**DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN**

**EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE LA FINALIDAD DE CONOCER CUALES SON SUS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONALES; SUS RESPUESTAS SON MUY IMPORTANTES PARA PODER PROGRAMAR LAS ACCIONES DE CAPACITACIÓN QUE SEAN MÁS FACTIBLES PARA SU ENTE PÚBLICO.**

 **Fecha de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A**

**Datos de identificación del Ente Público y del Enlace:**

**Ente Público:**

**Nombre del enlace de capacitación:**

**Cargo que ocupa en el Ente Público:**

**Teléfono y correo electrónico:**

**B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de servidores públicos** | **Personal de base** | **Personal de confianza** | **Hombres** | **Mujeres** |
| **Sindicato****XX** | **Sindicato** **XX** |
|  |  |  |  |  |  |

**C**

|  |
| --- |
| **Nivel de Escolaridad del Total de personas que laboran en el Ente Público****Grado Máximo de Estudios**  |
| **Nivel de Escolaridad** | **Número de Empleados que lo acreditan** |
| **Primaria inconclusa** |  |
| **Secundaria**  |  |
| **Bachillerato o Carrera Técnica** |  |
| **Licenciatura o Profesional** |  |
| **Estudios de Postgrado** |  |
| **Total\*** |  |

**\*El total debe coincidir con dato del número de servidores públicos que laboran en el Ente Público.**

**D**

|  |
| --- |
|  **Directrices Institucionales del Ente Público** |
| **Misión:** |  |
| **Visión:** |  |
| **Valores Institucionales:** |  |

**E**

|  |
| --- |
| **Actividades, Usuarios, Servicios y Proyectos del Ente Público** |
| **Mencione las actividades que realizan.** |  |
| **Mencione el usuario y/o tipo de ciudadano que recibe los servicios que ustedes proporcionan.** |  |
| **Mencione los requisitos o características que debe tener el servicio que se proporciona.** |  |
| **Mencione los proyectos que contemplan realizar.** |  |

|  |
| --- |
| **Personal certificado en Normas de Competencias Laborales****F** |
| **No. de Personas** | **Norma** | **Institución Certificadora** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Personal que recibió capacitación en los últimos tres años****G** |
| **No. de Personas** | **Cursos** | **Recibió Constancia, Diploma o Certificado** | **Forma parte de su expediente \*** |
| **Sí** | **No** | **Sí** | **No** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\***Se sugiere que la capacitación que reciba el personal se integre en sus respectivos expedientes; con la finalidad de actualizar la información de los servidores públicos y el banco de capacidades de la Institución.**

|  |
| --- |
| **Detalle qué tipo de capacitación requiere para la Formación y Mejora Continua del personal; a fin de lograr el óptimo desempeño laboral****H** |
| **Curso o Taller** | **Dirigido a:** | **No. aproximado de participantes** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Detalle qué otras acciones de capacitación requiere para cubrir necesidades especiales**\***I** |
| **Curso o Taller** | **Dirigido a:** | **No. aproximado de participantes** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\***Se considerará la factibilidad de atenderlos; dependiendo de la importancia del proyecto, número de participantes y, de los beneficios que aporte a la Institución y a la Ciudadanía.**

|  |
| --- |
| **¿Defina en qué horario considera recomendable recibir los cursos de capacitación?****J** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **COMENTARIOS Y SUGERENCIAS****K** |
|  |