|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE LA FORMACIÓN SUGERIDA** |
| **Líder de Proceso que hace la propuesta** | **Proceso** |
| **Descripción de la formación/ capacitación que se debe realizar** |
| **Objetivo**: |
| **Fecha**  | **Horario día** | **Duración** | **Lugar** |
| **Inicia** | DD | MM | AA | **De** \_\_\_\_ - \_\_**AM** \_\_**PM** | \_\_\_\_ **Horas** |  |
| **Termina** | DD | MM | AA | **Hasta** \_\_\_\_ - \_\_**AM** \_\_**PM** |

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Tipo de Formación/Capacitación Solicitada** *(señale con X)* |
| Reinducción |  | Entrenamiento |  |
| Re-entrenamiento |  | Capacitación |  |
| Seguridad y Salud en el Trabajo - SST |  |
| **Observaciones:** |

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y CARGO PERSONAL PROPUESTO PARA FORMACION** |
| **Nombre** | **Proceso** | **Nombre** | **Proceso** | **Nombre** | **Proceso** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Firma solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Recepción Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Gestión Humana. *(con hora y fecha)*