|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN** | | | | | |
| **Tema**: | **Instructo**r | **Proceso:** | **Fecha de Certificación** | | |
| DD | MM | AA |
| **Objetivo**: | | | | | |

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

**OBJETIVO:** Verificación de la aplicación por parte del trabajador de la formación recibida.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Formación** *(señale con X)* | | | |
| Inducción |  | Reinducción |  |
| Capacitación |  | Otro |  |
| **Observaciones:** | | | |

***Concepto emitido por jefe inmediato del trabajador que recibió la formación (o por el encargado del seguimiento):***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Información Evaluado | | Información Evaluador | | | Fecha Evaluación | | |
| **Nombre** | Firma | Nombre Evaluador | Firma | Proceso |
| DD | MM | AA |