|  |
| --- |
| **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 |