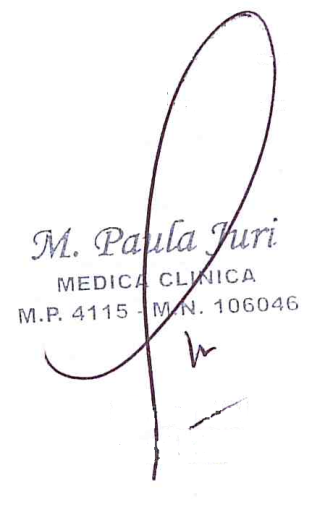
|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | | Lugar: | | | | |
| Cantidad de Asistentes: | | | | | Duración: | |
| Disertante/es: | | | | | ¿Corresponde a programa de capacitaciones?: SI NO | |
| Tema: | | | | | | |
| Material que se entrega: | | | | | | |
| Método de evaluación de la eficacia de la capacitación: | | | Responsable | | | Tiempo / Fecha (¿cuándo se va a evaluar?) |
| Evaluación escrita (adjuntar evaluaciones y resultados) | | |  | | |  |
| Evaluación oral (especificar resultados) | | |  | | |  |
| Evaluación de desempeño | | |  | | |  |
| Resultado de auditorías Internas/externas | | |  | | |  |
| Auditoría comportamental / Inspección in situ | | |  | | |  |
| Satisfacción del Cliente | | |  | | |  |
| Otros (especifique cual) | | |  | | |  |
| Nº | APELLIDO y NOMBRE | | SECTOR | FIRMA | | RESULTADO DE EVALUACION (aprobado/ desaprobado) |
| 1 |  | |  |  | |  |
| 2 |  | |  |  | |  |
| 3 |  | |  |  | |  |
| 4 |  | |  |  | |  |
| 5 |  | |  |  | |  |
| 6 |  | |  |  | |  |
| 7 |  | |  |  | |  |
| 8 |  | |  |  | |  |
| 9 |  | |  |  | |  |
| 10 |  | |  |  | |  |
| 11 |  | |  |  | |  |
| 12 |  | |  |  | |  |
| Conclusiones (a completar por el capacitador o superior del sector de acuerdo al método de evaluación establecido) | | | | | | |
| ¿Fue eficaz la capacitación realizada? | | | SI | | | NO |
| ¿Es necesario tomar otras acciones? | | | SI | | | NO |

****