

Nombre del puesto: _____

Periodo de capacitación: _____

Nombre de la persona que asume el puesto: _____

Actividades a realizar	Nombre del capacitador	Horas de formación	Fecha programada	Resultado esperado

Elaboró
NOMBRE Y PUESTO

FIRMA DEL CAPACITADO

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Descripción del Cambio	Originador
02	03/03/2023	Cambio de logotipo de la compañía. Se agrega cuadro de control de cambios.	Nancy Reyes