

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO Empresa Social del Estado	F 06-PD 02-PR TH
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO-INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN	Versión: 02 16/09/2013
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES	Página 1 de 1

Fecha:	
Período evaluado:	
Nombre del Proceso/procedimiento:	
Nombre del evaluador:	Cargo:

A través de este formato, se pretende conocer su apreciación sobre la utilidad de las diferentes capacitaciones que usted (es) han recibido durante el período evaluado. Por favor, califique de 1 a 5 dependiendo del grado en que el tema de la capacitación cumple con su necesidad de conocimientos.

Tema de la capacitación recibida	¿CUMPLE CON SU NECESIDAD?	
	Calificación	¿POR QUÉ?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Promedio:	
-----------	--

Observaciones y Recomendaciones:

--