

	CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	PSPC-610-X-PR-003-FR-003 Revisión: 0 Emisión: 08/05/2019 Página: 1 de 1 Página No de		
Nro de Registro 				
A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR				
Razón Social : SERVICIOS PETROLEROS Y CONSTRUCCIONES SEPCON S.A.C RUC: 20504898173 Domicilio: Av. San Borja Norte 445 - San Borja -Perú Tipo de Actividad Económica:		Trabajadores del Proyecto: _____ Año de Inicio del Proyecto: 2021 Número de Trabajadores Afiliados al SCTR: _____ Número de Trabajadores No Afiliados al SCTR: _____ Nombre de la Asegurador : RIMAC		
PROYECTO: WHCP21-CASHIRIARI WELL HEAD COMPRESSION PROJECT FASE: SSMA CLIENTE: prueba FACILITADOR: prueba N° PARTICIPANTES: 0		Fecha: 2021-10-01 Hora Inicio: _____ Duración: 15 minutos		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Orientación(Inducción Inicial) <input checked="" type="checkbox"/> Charlas Diarias <input type="checkbox"/> Capacitación Interna <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%;"> Capacitación Externa <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/> Simulacro <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>		Orientación(Inducción Inicial) <input checked="" type="checkbox"/> Charlas Diarias <input type="checkbox"/> Capacitación Interna <input type="checkbox"/>	Capacitación Externa <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/> Simulacro <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	(Llenar solo en capacitaciones) Duración Programada: horas Duración efectiva: horas Curso audio visual <input type="checkbox"/> Curso teórico <input type="checkbox"/> Curso oral <input type="checkbox"/> Curso práctico <input type="checkbox"/>
Orientación(Inducción Inicial) <input checked="" type="checkbox"/> Charlas Diarias <input type="checkbox"/> Capacitación Interna <input type="checkbox"/>	Capacitación Externa <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/> Simulacro <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Nombre del Tema : prueba de fitulo		Area de capacitación Seguridad <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Medio ambiente <input type="checkbox"/> Calidad <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
(Llenar solo en capacitaciones) Temario: a) _____ b) _____ Hora inicio: 12:00:00 Hora finalización: 12:00:00				
N° de personas	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	
Observaciones:		(Llenar solo en capacitaciones) Estado del curso: Si No Finalizo? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Continuará? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Fecha de continuación:	FIRMA FACILITADOR: 	