LOGO

NECESIDADES DE CAPACITACION

Rev.: 00

SOLICITANTE				PERSONA A CAPACITAR (Nombre y apellido)	SECTOR	CARGO	CAPACITACION PROPUESTA	PLAZO REQUERIDO (corto / mediano / largo)			Cód curso	ESTADO (cumplido / pendiente)	
Fecha	Nombre y Apellido	Sector	Cargo					C	M	L		C	P

LOGO

PLANILLA DE ASISTENCIA

P. de asistencia Nº | **Fecha:** | **Hoja:** de

Tipo de Reunión:

Comunicativa | *Capacitación* | *Entrenamiento*

Temas Tratados:

Intelocutor-Instructor: | **Firma:**

Cap. Int / Ext.: | **Duración** | **Se entrega material:**

Nº de Curso según Plan: | **Nº de NC asociada:**

Participantes (Apellido y Nombre)	Sector	Firma	Eval. de Eficacia		Fecha
			SI	NO	

Nota: Se realizará la evaluación de la eficacia dentro de un período de dos meses por su Superior inmediato

Evaluación de Eficacia:

N/A | On Job | Exámen

Firma del Evaluador y aclaración:

Observ., Notas, Conclusiones:

LOGOTIPO

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION

Año:

Emitió: Revisó: Aprobó: Rev:0

TEMA / NOMBRE DEL CURSO	Cód curso	INTERNO / EXTERNO	INSTRUCTOR	LUGAR DE REALIZACION	TIEMPO ESTIMADO (horas)	COSTO ESTIMADO	PARTICIPANTES		CANT. TOTAL DE PARTICIIPANTES	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
							SECTOR	PUESTO													

Referencias PROGRAMADO CUMPLIDO REPROGRAMADO