



LISTA DE ASISTENCIA

CODIGO GH-F-14

VERSION:02

FECHA:14-03-2025

TEMA DE CAPACITACIÓN:		INSTRUCTOR:		FECHA
LUGAR:		INTERNA O EXTERNA:		
EMPRESA PRESTADORA DE LA CAPACITACIÓN:		HORARIO:		

N°	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

17					
Eficacia					
Conocimientos adquiridos (Retroalimentación en comité de Gerencia).	<input type="checkbox"/>				
Aplicaciones practicas de lo aprendido	<input type="checkbox"/>				
Aporte de la capacitación al rendimiento del empleado en su puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>				
Se cumple el objetivo de la capacitación	<input type="checkbox"/>				
Divulgacion y sensibilizacion	<input type="checkbox"/>				
Eficaz	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de evaluación:		Evaluator:	