



LISTA DE ASISTENCIA

CODO GO-F-14

VERSION:02

FECHA:14-03-2025

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

Nº	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 prácticas de lo aprendido	<input type="checkbox"/>		
Apporte 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"/>		
Divulgación y sensibilización	<input type="checkbox"/>		

Eficaz	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de evaluación:		Evaluador:	
--------	--	----------------------	--	------------	--