

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del funcionario:

Sector:

Cargo:

Tutor(es):

Duración:

Contenido:

Competencia a adquirir	Recursos	Adquirido		
		SÍ	NO	Parcialmente
Sistema Integrado de Gestión				
Política del SIG				

Fecha:

Firma del Tutor:

Evaluación de la eficacia:

¿El entrenamiento fue eficaz? SÍ ____ NO ____ PARCIALMENTE ____

Fecha:

Firma del Director del sector:

Observaciones: