|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha:** |  | **Hora Inicio:** |  | | **Hora Final:** |  |
| **Capacitación/Inducción:** |  | | | | | |
| **Nombre de quien recibe la formación:** |  | **Cargo:** |  | **Área:** | |  |
| **Nombre Responsable de la Capacitación/Inducción** |  | | **Cargo:** |  | | |

Marque con una X la opción que crea conveniente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Antes de esta formación, mi nivel de conocimientos respecto al tema tratado era:** | | | |
| **Malo** | **Regular** | **Bueno** | **Excelente** |
|  |  |  |  |
| **2. Después de esta formación mi nivel de conocimientos respecto al tema tratado es:** | | | |
| **Malo** | **Regular** | **Bueno** | **Excelente** |
|  |  |  |  |
| **3. Cuál es el nivel de importancia del contenido de la formación, en relación con su trabajo actual:** | | | |
| **Bajo** | **Medio** | **Medio alto** | **Alto** |
|  |  |  |  |
| **4. Cuál es el nivel de satisfacción con las herramientas brindadas por la formación, para el desarrollo de su trabajo.** | | | |
| **Insatisfecho** | **Poco Satisfecho** | **Satisfecho** | **Muy Satisfecho** |
|  |  |  |  |
| **5. Para mejorar futuras formaciones, indique los temas complementarios en que le gustaría capacitarse** | | | |
|  | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Trabajador**