

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA TÉCNICA O PROCEDIMIENTO A CAPACITAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPACITADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPACITADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMIENTOS PREVIOS** | | | |
| **MATERIAL** | **INSTRUMENTOS / EQUIPOS** | **EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LECTURA DE MANUALES** | | | | |
| **FECHA** | **HORA** | **NOMBRE DE DOCUMENTO** | **FIRMA DE CAPACITADOR** | **FIRMA DEL CAPACITADO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAPACITACIÓN DEMOSTRATIVA DEL PROCEDIMIENTO** | | | | |
| **FECHA** | **CAPACITADOR**  **(FIRMA)** | **CAPACITADO**  **(FIRMA)** | **SUPERVISIÓN**  **(FIRMA DE JEFE)** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAPACITACIÓN ASISTIDA DEL PROCEDIMIENTO** | | | | |
| **FECHA** | **CAPACITADOR**  **(FIRMA)** | **CAPACITADO**  **(FIRMA)** | **SUPERVISIÓN**  **(FIRMA DE JEFE)** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUPERVISIÓN DE LA CAPACITACIÓN** | | | |
| **FECHA** | **CAPACITADO**  **(FIRMA)** | **SUPERVISIÓN**  **(FIRMA DE CAPACITADOR )** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

SI AL FINAL DE FORMATO SE CUMPLE EFICIENTEMENTE CON TODAS LAS SUPERVISIONES DEL FORMATO, A PARTIR DE LA FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EL COLABORADOR SE ENCUENTA APTO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD DE MANERA AUTONOMA.

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPACITADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DIRECTO

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPACITADO