

TIPO DE EVENTO: CAPACITACIÓN REUNION GENERAL / CHARLA SOCIALIZACION ENTRENAMIENTO
 INDUCCIÓN REINDUCCIÓN OTRO ¿Cuál? _____

FECHA: DD MM AA HORAS: INICIO: : FINAL :

TEMA: _____

OBJETIVO: _____

NOMBRE DE INSTRUCTOR / CAPACITADOR: _____

CARGO: _____ INTERNO EXTERNO

PÚBLICO OBJETIVO / DIRIGIDO A: _____

| No. | NOMBRE COMPLETO | IDENTIFICACIÓN | CARGO | FIRMA |
|-----|-----------------|----------------|-------|-------|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: _____

SE REALIZÓ EVALUACIÓN DEL EVENTO: SI NO % DE PARTICIPACIÓN: INVITADOS: ASISTENTES:

% PARTICIPACIÓN: _____