



Facultad de Odontología

EVALUACION Y CERTIFICACION DE HABILIDADES

Puesto: _____ Fecha: _____
 Nombre: _____ Evaluador: _____
 Fecha de Ingreso: _____

CONOCIMIENTOS BÁSICOS		
	SI	NO
CONOCE LA DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONOCE LAS REGLAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONOCE EL REGLAMENTO INTERIOR DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONOCE LAS INSTRUCCIONES DEL PUESTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EFECTIVIDAD DE LOS CURSOS DE CAPACITACION		
NOMBRE DE LOS CURSOS EN QUE PARTICIPÓ EL EVALUADO:	SI	NO
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:		

¿SU CONOCIMIENTO ES ACEPTABLE? CERTIFICADO NO CERTIFICADO

 RECURSOS HUMANOS

 SECRETARIO DE ÁREA