



EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN 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"/>

EFFECTIVIDAD DE LOS CURSOS DE CAPACITACION

Nombre de los cursos en que participo 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

 Unidad de capacitación de R. H.

 DIRECTOR O JEFE DE ÁREA