

# **REGISTRO DE CAPACITACIONES**

**CAPACITACION DE INDUCCION Y REINDUCCION  
16 DE JULIO DE 2024  
AUDITORIO DE LA LOTERIA DEL TOLIMA**



## CONTROL DE ASISTENCIA

VERSIÓN: 02

RESPONSABLE: AUXILIAR ADMINISTRATIVO  
DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

FECHA DE INICIO/  
ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023

PÁGINA:  
1 DE 1

CÓDIGO: GH-R-003

DEPENDENCIA: Administrativa

TEMA: Inducción y Reinducción

EXPOSITOR: Angel Olvera y Germán Montenegro

FECHA: 15 / 08 / 2024

DIRIGIDO A: funcionarios

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | TELEFONO FIJO O CELULAR | E-MAIL                            | DIRECCIÓN/ENTIDAD/DEPENDENCIA | FIRMA                 |
|-----|--------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 1   | Nancy J. Amable          | 65749215             | 3108612603              | nacion@hotmail.com                | Gerencia                      | [Firma]               |
| 2   | Jesus Alberto Montenegro | 1105334924           | 320818425               | correo@loteria.deltolima.com      | Administrativa                | [Firma]               |
| 3   | Alba Leticia Toledano    | 38260946             | 3163502027              | primero@loteria.deltolima.com     | Comercial                     | [Firma]               |
| 4   | Fernando Durango         | 142207X              | 3223560286              | duobas@loteria.deltolima.com      | Comercial                     | [Firma]               |
| 5   | Nilly Polo yale Gormón   | 1105615632           | 3209485490              | sistemas@loteria.deltolima.com    | Administrativa                | Nilly Polo            |
| 6   | Paula Valdeirama         | 1110560614           | 3106191215              | correo@loteria.deltolima.com      | Comercial                     | [Firma]               |
| 7   | Ara María Castiblanco    | 1110518419           | 3142646962              | loterias@betadeltolima.com        | Comercial                     | Ara María Castiblanco |
| 8   | Alexander Lebrón         | 93264177             | 315959986               | comunicidad@loteria.deltolima.com | Unid. financiera              | [Firma]               |

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Control de cambios |                                                                                                                                                                                                              |
|------|------------|-----------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |            |                                                     | Revisó / Aprobó    | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad  | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad  | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad  | 1. Creación del documento                                                                                                                                                                                    |

**CONTROL DE ASISTENCIA**
**VERSIÓN: 02**
**RESPONSABLE: AUXILIAR ADMINISTRATIVO  
DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**
**FECHA DE INICIO/  
ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023**
**PÁGINA:  
1 DE 1**
**CÓDIGO: GH-R-003**
**DEPENDENCIA:** Administrativa
**TEMA:** Inducción y Reinserción
**EXPOSITOR:** Angel Olaveria y Jose Montalvo
**FECHA:** 15/08/2024
**DIRIGIDO A:** Funcionarios

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS     | CEDULA DE CIUDADANIA | TELEFONO FIJO O CELULAR | E-MAIL                                  | DIRECCIÓN/ENTIDAD/DEPENDENCIA | FIRMA   |
|-----|------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|---------|
| 9   | Angel Olaveria S.      | 28.968.106           | 316520675               | angelolaveria@loteria-del-tolima.gov.co | U. Finanzas                   | [Firma] |
| 10  | José Montalvo          | 1947520              | 312384832               | jmontalvo@loteria-del-tolima.gov.co     | U. Activa                     | [Firma] |
| 11  | Blanca Elena Benavente | 65.49506             | 3125729523              | blanca@loteria-del-tolima.gov.co        | U. Activa                     | [Firma] |
| 12  | Eugenio Olaveria       | 2894400              | 310801436               | eugenio@loteria-del-tolima.gov.co       | U. Activa                     | [Firma] |
| 13  | Tatiana Lleras         | 11043954             | 3112071098              | talleria@loteria-del-tolima.gov.co      | U. Financiera                 | [Firma] |
|     |                        |                      |                         |                                         |                               |         |
|     |                        |                      |                         |                                         |                               |         |
|     |                        |                      |                         |                                         |                               |         |

**Control de cambios**

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                                                                    |

RV: Proceso de INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

PRESENT...UMANO.pptx

DIAPOSL...G-SST.pptx

Auxrecursos Lotería del Tolima  
Para: Sistemas Lotería del Tolima

PRESENTACIÓN INDUCCIÓN...  
4 MB

DIAPOSTIVAS INDUCCIÓN Y...  
5 MB

2 archivos adjuntos (9 MB) | Responder todo

De: maria carolina lopera lozano <carguano@hotmail.com>

Enviado: martes, 16 de julio de 2024 8:40

Para: Tesorería Lotería del Tolima <tesoreria@loteriadeltolima.com>; Gerencia Lotería del Tolima <Gerencia@loteriadeltolima.com>; control interno Lotería del Tolima <controlinterno@loteriadeltolima.com>; Contabilidad Lotería del Tolima <contabilidad@loteriadeltolima.com>; Presupuesto Lotería del Tolima <presupuesto@loteriadeltolima.com>; Jurídica Lotería del Tolima <juridica@loteriadeltolima.com>; Auxrecursos Lotería del Tolima <auxrecursos@loteriadeltolima.com>; Premios Lotería del Tolima <premios@loteriadeltolima.com>; Loterías Lotería del Tolima <loterias@loteriadeltolima.com>; devoluciones Lotería del Tolima <devoluciones@loteriadeltolima.com>; Sistemas Lotería del Tolima <sistemas@loteriadeltolima.com>

Asunto: Proceso de INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Buen día apreciados compañeros:

La lotería del Tolima en cumplimiento a los estándares del Sistema de Gestión de Calidad SGC y del Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo SG-SST, se permite adjuntar a la presente, la información pertinente al proceso INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN de los sistemas anteriormente referenciados.

Agradecemos leer el contenido adjunto, con el fin conozcan los aspectos básicos relacionados con cada Sistema de Gestión y fortalecer de esta manera el conocimiento en cada proceso.

Por lo anterior, se les aplicará una evaluación pertinente al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST en los próximos días.

Cualquier duda o inquietud al respecto estaremos prestos a resolverlo.

Agradecemos de antemano la deferencia y receptividad en cada proceso.

Cordial Saludo,

JESUS ALBERTO MONTEALGRE GARCIA  
Auxiliar de Nómina y Almacén.  
LOTERÍA DEL TOLIMA

MARIA CAROLINA LOPERA LOZANO  
Profesional en Salud Ocupacional  
Contratista Externa  
LOTERÍA DEL TOLIMA

Responder Reservar

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

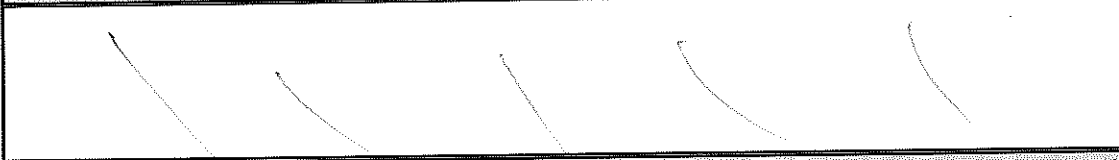
**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

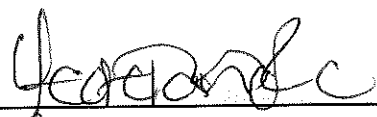
Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                     |              |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                     |              |                          |
| Excelente                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | Bueno        | <input type="checkbox"/> |
| Regular                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | Malo         | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                     |              |                          |
| Si                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | No           | <input type="checkbox"/> |
| Lo aplica en:                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | No lo aplica | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                     |              |                          |
| 100%                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | 75%          | <input type="checkbox"/> |
| 50%                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | 25%          | <input type="checkbox"/> |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                     |              |                          |
| <div style="height: 100px; border: 1px solid black;"></div>                                                         |                                     |              |                          |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                     |              |                          |
| Alto                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio Alto   | <input type="checkbox"/> |
| Medio                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            | Bajo         | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

|                                                                                                                    |                                     |                                          |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |                                     |                                          |                                       |
| Muy Satisfecho <input checked="" type="checkbox"/>                                                                 | Satisfecho <input type="checkbox"/> | Poco Satisfecho <input type="checkbox"/> | Insatisfecho <input type="checkbox"/> |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |                                     |                                          |                                       |
|                                  |                                     |                                          |                                       |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |                                     |                                          |                                       |

Firma Evaluador:   
 Cargo: Auxiliar Tesorería  
 Área: Unidad Financiera

Fecha Evaluación: 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div></div>                                                                                                         |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

|                                                                                                                    |                                     |                 |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |                                     |                 |                          |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Satisfecho      | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | Poco Satisfecho | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                    |                                     |                 |                          |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |                                     |                 |                          |
|                                  |                                     |                 |                          |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |                                     |                 |                          |

**Firma Evaluador:** 

**Cargo:** Aux Contable y Presupuesto

**Área:** V. Finanzas

**Fecha Evaluación:** 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

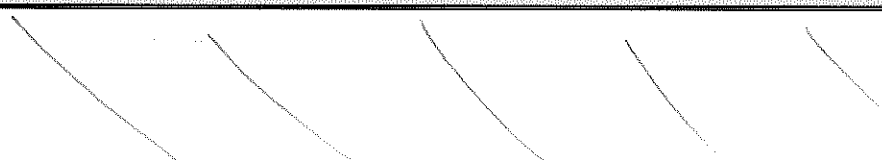
**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |                                                |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |                                                |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho <input checked="" type="checkbox"/> | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |                                                |                 |              |
|                                  |                                                |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |                                                |                 |              |

Firma Evaluador: 

Cargo: prof. especializado

Área: Financiero

Fecha Evaluación: 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

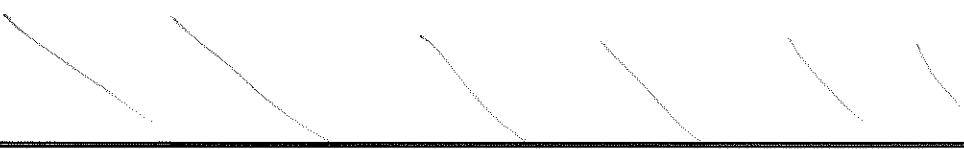
**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b>                                                                                                                          |                                           |                                |                                       |
| Excelente                                                                                                                                                                                                                                    | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular                        | Malo <input type="checkbox"/>         |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                |                                       |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>                                                                                                                                  |                                           |                                |                                       |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                       | No <input type="checkbox"/>               | Lo aplica en:                  | No lo aplica <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                |                                       |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                                                                                                                                            |                                           |                                |                                       |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     | 75% <input type="checkbox"/>              | 50% <input type="checkbox"/>   | 25% <input type="checkbox"/>          |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                |                                       |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                                                                                                                                             |                                           |                                |                                       |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; bottom: 0; border: 1px solid black; transform: rotate(45deg); width: 50%; margin: 0 auto;"></div> </div> |                                           |                                |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                |                                       |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>                                                                                                                             |                                           |                                |                                       |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     | Medio Alto <input type="checkbox"/>       | Medio <input type="checkbox"/> | Bajo <input type="checkbox"/>         |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                |                                       |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

|                                                                                                                    |            |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |            |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |            |                 |              |
|                                  |            |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |            |                 |              |

Firma Evaluador: Aura María Castillos

Cargo: Profesional universitario

Área: Comercial

Fecha Evaluación: 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCIÓN **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

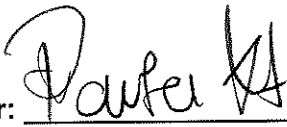
Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

Marque con una X la opción que crea conveniente.

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |                                                |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |                                                |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho <input checked="" type="checkbox"/> | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |                                                |                 |              |
|                                  |                                                |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |                                                |                 |              |

**Firma Evaluador:** 

**Cargo:** Prof. Esp. de

**Área:** Unidad operativa y comercial

**Fecha Evaluación:** 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

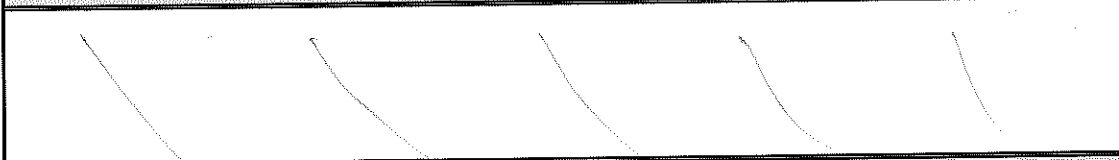
**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |
|                                                                                                                     |                                           |               |              |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |                                                |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |                                                |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho <input checked="" type="checkbox"/> | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |                                                |                 |              |
|                                  |                                                |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |                                                |                 |              |

Firma Evaluador: *Willy yate G*  
 Cargo: *tecnico en sistemas*  
 Área: *Administrativa*  
 Fecha Evaluación: 16 de agosto de 2024

**Control de cambios**

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCIÓN **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

Marque con una X la opción que crea conveniente.

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div></div>                                                                                                         |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |            |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |            |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |            |                 |              |
|                                  |            |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |            |                 |              |

**Firma Evaluador:**   
**Cargo:** Auxiliar Administrativo  
**Área:** Comercial

**Fecha Evaluación:** 16 de agosto de 2024

**Control de cambios**

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

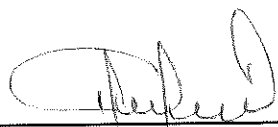
Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |            |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |            |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |            |                 |              |
|                                  |            |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |            |                 |              |

**Firma Evaluador:** 

**Cargo:** Aux. Activo Premios

**Área:** Comercial

**Fecha Evaluación:** 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSION:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

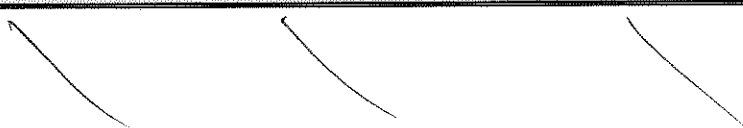
**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                                |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                                |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/>      | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                                |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                             | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                                |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                            | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                                |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                                |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                                |               |              |
| Alto                                                                                                                | Medio Alto <input checked="" type="checkbox"/> | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |            |                 |              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|--|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |            |                 |              |  |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho | Poco Satisfecho | Insatisfecho |  |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |            |                 |              |  |
|                                  |            |                 |              |  |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |            |                 |              |  |

**Firma Evaluador:** 

**Cargo:** Aux de Bodega y Almacén

**Área:** Administrativa

**Fecha Evaluación:** 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

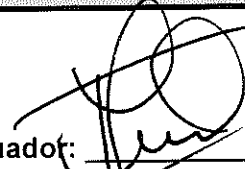
Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

|                                                                                                                    |            |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |            |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |            |                 |              |
| Empty space for handwritten response                                                                               |            |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |            |                 |              |

Firma Evaluador:   
 Cargo: Gerente  
 Área: Gerencia

Fecha Evaluación: 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                     |              |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                     |              |                          |
| Excelente                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | Bueno        | <input type="checkbox"/> |
| Regular                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | Malo         | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                     |              |                          |
| Si                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | No           | <input type="checkbox"/> |
| Lo aplica en:                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | No lo aplica | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                     |              |                          |
| 100%                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | 75%          | <input type="checkbox"/> |
| 50%                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | 25%          | <input type="checkbox"/> |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                     |              |                          |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                     |              |                          |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                     |              |                          |
| Alto                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio Alto   | <input type="checkbox"/> |
| Medio                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            | Bajo         | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |                                     |                                          |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |                                     |                                          |                                       |
| Muy Satisfecho <input checked="" type="checkbox"/>                                                                 | Satisfecho <input type="checkbox"/> | Poco Satisfecho <input type="checkbox"/> | Insatisfecho <input type="checkbox"/> |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |                                     |                                          |                                       |
| <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>                                            |                                     |                                          |                                       |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |                                     |                                          |                                       |

**Firma Evaluador:** 

**Cargo:** Secretaría General y Jurídica

**Área:** Administrativa

**Fecha Evaluación:** 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

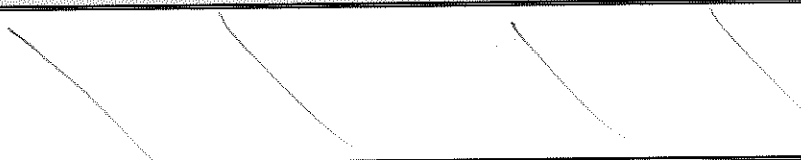
**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |                                                |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |                                                |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho <input checked="" type="checkbox"/> | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |                                                |                 |              |
|                                  |                                                |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |                                                |                 |              |

Firma Evaluador:

Cargo:

Área:

Fecha Evaluación: 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                   |                                                 |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>       |                       |                         |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b> 9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b> 1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b> GH-R-010 |

**Tema:** INDUCCION Y REINDUCCION **Instructor:** Ángel Olaya y Jesús Montealegre

**Objetivo de la Capacitación:** Dar cumplimiento al plan de capacitación 2024

**Lugar:** Virtual **Horario:** 03: 00 pm **Duración** 1 hora

**Fecha de Inicio** 16 de julio de 2024 **Fecha de terminación:** 16 de agosto de 2024

Las preguntas adjuntas permiten expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación, lea cada punto cuidadosamente y responda con toda sinceridad ya que esto permite obtener la información adecuada para mejorar futuras capacitaciones o cursos de formación.

**Marque con una X la opción que crea conveniente.**

|                                                                                                                     |                                           |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>1. ¿Antes de esta capacitación, mi nivel de conocimientos o competencias para el objetivo de este curso era?</b> |                                           |               |              |
| Excelente                                                                                                           | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Regular       | Malo         |
| <b>2. ¿Considera que después de esta capacitación obtuvo un mejor nivel de conocimiento o competencias?</b>         |                                           |               |              |
| Si <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              | No                                        | Lo aplica en: | No lo aplica |
| <b>3. Estime que porcentaje de lo aprendido en esta capacitación podrá aplicar en su trabajo.</b>                   |                                           |               |              |
| 100% <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | 75%                                       | 50%           | 25%          |
| <b>3.1. Si su respuesta es menor del 50%, explique ¿por qué?</b>                                                    |                                           |               |              |
| <div style="height: 80px; border: 1px solid black;"></div>                                                          |                                           |               |              |
| <b>4. Seleccione el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo actual.</b>    |                                           |               |              |
| Alto <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            | Medio Alto                                | Medio         | Bajo         |

|                                                                                   |                                                                   |                                                    |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                   | <b>EVALUACIÓN CAPACITACIÓN INDIVIDUAL</b>          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-010 |

|                                                                                                                    |            |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|
| <b>5. Manifieste que tan satisfecho se encuentra con los conocimientos adquiridos con la capacitación</b>          |            |                 |              |
| Muy Satisfecho                                                                                                     | Satisfecho | Poco Satisfecho | Insatisfecho |
| <b>6. ¿En qué temas desearía capacitarse?</b>                                                                      |            |                 |              |
|                                  |            |                 |              |
| <b>7. Nota: Esta capacitación será evaluada de manera semestral, según lo estipulado en el Procedimiento P-016</b> |            |                 |              |

Firma Evaluador:   
 Cargo: aux. Adm. Gen.  
 Área: Gen.  
 Fecha Evaluación: 16 de agosto de 2024

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                         | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                                                                    |
|------|------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.<br>2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada |
| 1    | 30-06-2022 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa el SIGC.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.                                                                                                                     |
| 0    | 18-08-2020 | Profesional Especializado Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. creación del documento                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                                     |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reinducción                                                                                                                                                   |
| Nombres del Asistente:     | Yanifer Tatiana Huelos                                                                                                                                                    |
| Cargo:                     | AUXILIAR TESOERERÍA                                                                                                                                                       |
| Dependencia:               | Unidad Financiera                                                                                                                                                         |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input checked="" type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                                    |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |             |                |              | X                |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |             |                |              | X                |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |             |                |              | X                |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |             |                |              | X                |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |             |                |              | X                |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |             |                |              | X                |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |             |                |              | X                |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

| 3. Pertinencia y Aplicabilidad: |                                                                         | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                               | La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | X                |
| B                               | La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                |              | X                |
| C                               | El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | X                |

**REFERENCIA DE LA EVALUACION:**

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

**Sugerencias:**

Ninguna

**Control de cambios**

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reintroducción                                                                                                                                     |
| Nombres del Asistente:     | Angeles Judith Hernandez Sarmiento                                                                                                                             |
| Cargo:                     | Aux. Contabilidad y Presupuesto                                                                                                                                |
| Dependencia:               | U. General                                                                                                                                                     |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |             |                | X            |                  |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |             |                |              | X                |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |             |                |              | X                |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |             |                |              | X                |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |             |                |              | X                |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |             |                |              | X                |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |             |                |              | X                |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

| 3. Pertinencia y Aplicabilidad: |                                                                         | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                               | La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | X                |
| B                               | La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                |              | X                |
| C                               | El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | X                |

**REFERENCIA DE LA EVALUACION:**

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

**Sugerencias:**

Ninguna

**Control de cambios**

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reinducción                                                                                                                                        |
| Nombres del Asistente:     | Alexander FERNANDEZ.                                                                                                                                           |
| Cargo:                     | Prof. Especializado                                                                                                                                            |
| Dependencia:               | Financiera                                                                                                                                                     |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno)                        | 4<br>(Excelente)                    |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |             |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |             |                |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |             |                |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente)                    |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|-------------------------------------|
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |             |                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |             |                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |             |                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |             |                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

|                                                                           | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | X                |
| B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                |              | X                |
| C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | X                |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reintroducción                                                                                                                                     |
| Nombres del Asistente:     | AURA MARIA CASTILLO L.                                                                                                                                         |
| Cargo:                     | Profesional universitario                                                                                                                                      |
| Dependencia:               | Comercial.                                                                                                                                                     |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                                                 |                                                                                       | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |        |           | X       |             |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |        |           |         | X           |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |        |           |         | X           |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                               |                                                          | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |        |           |         | X           |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |        |           |         | X           |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |        |           |         | X           |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |        |           |         | X           |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

- A La relación entre la capacitación y mi trabajo.
- B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.
- C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión.

|             |                |              |                  |
|-------------|----------------|--------------|------------------|
| 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------|----------------|--------------|------------------|

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  |   | X |
|  |  | X |   |
|  |  | X |   |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                    |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reinducción                                                                                                                                  |
| Nombres del Asistente:     | Pala Valderrama                                                                                                                                          |
| Cargo:                     | prof. Especialista                                                                                                                                       |
| Dependencia:               | Comercial                                                                                                                                                |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/> Periodo Fijo <input type="checkbox"/> Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                   |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |             |                | X            |                  |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |             |                |              | X                |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |             |                |              | X                |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |             |                |              | X                |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |             |                |              | X                |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |             |                |              | X                |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |             |                |              | X                |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

| 3. Pertinencia y Aplicabilidad: |                                                                         | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                               | La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | ✓                |
| B                               | La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                |              | ✓                |
| C                               | El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | ✓                |

REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

**Sugerencias:**

Ninguna

#### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reintroducción                                                                                                                                     |
| Nombres del Asistente:     | Nilly Rolo Gato Garmón                                                                                                                                         |
| Cargo:                     | Técnico en sistemas                                                                                                                                            |
| Dependencia:               | Administrativa.                                                                                                                                                |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                                                 |                                                                                       | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |        |           | X       |             |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |        |           |         | X           |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |        |           |         | X           |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                               |                                                          | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |        |           |         | X           |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |        |           |         | X           |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |        |           |         | X           |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |        |           |         | X           |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

| 3. Pertinencia y Aplicabilidad: |                                                                         | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                               | La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | X                |
| B                               | La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                |              | X                |
| C                               | El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | X                |

**REFERENCIA DE LA EVALUACION:**

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

**Sugerencias:**

Ninguna

**Control de cambios**

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reintroducción                                                                                                                                     |
| Nombres del Asistente:     | Fernando Domínguez Mota                                                                                                                                        |
| Cargo:                     | AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE VOLUNTARIOS                                                                                                                         |
| Dependencia:               | COMERCIAL                                                                                                                                                      |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |             |                | X            |                  |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |             |                |              | X                |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |             |                |              | X                |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |             |                |              | X                |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |             |                |              | X                |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |             |                |              | X                |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |             |                |              | X                |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

- A La relación entre la capacitación y mi trabajo.
- B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.
- C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión.

| 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------|----------------|--------------|------------------|
|             |                |              | X                |
|             |                |              | X                |
|             |                |              | X                |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoría.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSION:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reinducción                                                                                                                                        |
| Nombres del Asistente:     | Alba Leez Tobo Lora                                                                                                                                            |
| Cargo:                     | Aux. Activa premios                                                                                                                                            |
| Dependencia:               | Comercial                                                                                                                                                      |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                                                 |                                                                                       | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |        |           | ✓       |             |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |        |           |         | ✓           |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |        |           |         | ✓           |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                               |                                                          | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |        |           |         | ✓           |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |        |           |         | ✓           |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |        |           |         | ✓           |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |        |           |         | ✓           |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

|                                                                           | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | X                |
| B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                |              | X                |
| C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | X                |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                        |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                  |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reinducción                                                |
| Nombres del Asistente:     | José Alberto Montecalegre García                                       |
| Cargo:                     | Aux. de adm. y finanzas                                                |
| Dependencia:               | Administrativa                                                         |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/>             |
|                            | Periodo Fijo <input type="checkbox"/>                                  |
|                            | Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/>                |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta. |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                                                 |                                                                                       | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |        |           | X       |             |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |        |           | X       |             |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |        |           | X       |             |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                               |                                                          | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |        |           |         | X           |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |        |           |         | X           |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |        |           |         | X           |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |        |           |         | X           |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

- A La relación entre la capacitación y mi trabajo.
- B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.
- C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión.

| 1      | 2         | 3       | 4           |
|--------|-----------|---------|-------------|
| (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
|        |           |         | X           |
|        |           |         | X           |
|        |           |         | X           |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reinducción                                                                                                                                        |
| Nombres del Asistente:     | Nancy Liliana Cordero S.                                                                                                                                       |
| Cargo:                     | Gerente                                                                                                                                                        |
| Dependencia:               | Gerencia                                                                                                                                                       |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input checked="" type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |             |                | X            |                  |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |             |                |              | X                |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |             |                |              | X                |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |             |                |              | X                |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |             |                |              | X                |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |             |                |              | X                |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |             |                |              | X                |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

|                                                                           | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | ✓                |
| B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                | ✓            |                  |
| C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | ✓                |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reintroducción                                                                                                                                     |
| Nombres del Asistente:     | <i>Eugenio Cañón Varón</i>                                                                                                                                     |
| Cargo:                     | <i>Asesor</i>                                                                                                                                                  |
| Dependencia:               | <i>Asesor</i>                                                                                                                                                  |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input checked="" type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                                                 |                                                                                       | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |        |           | X       |             |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |        |           |         | X           |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |        |           |         | X           |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                               |                                                          | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |        |           |         | X           |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |        |           |         | X           |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |        |           |         | X           |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |        |           |         | X           |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

- A La relación entre la capacitación y mi trabajo.
- B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.
- C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión.

| 1      | 2         | 3       | 4           |
|--------|-----------|---------|-------------|
| (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
|        |           |         | X           |
|        |           |         | X           |
|        |           |         | X           |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoría.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reintroducción                                                                                                                                     |
| Nombres del Asistente:     | Olivero Fina Baracana                                                                                                                                          |
| Cargo:                     | Secretaría General y Jurídica                                                                                                                                  |
| Dependencia:               | Administrativa                                                                                                                                                 |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input checked="" type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                                                 |                                                                                       | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |        |           | X       |             |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |        |           |         | X           |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |        |           |         | X           |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                               |                                                          | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |        |           |         | X           |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |        |           |         | X           |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |        |           |         | X           |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |        |           |         | X           |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

|                                                                           | 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A La relación entre la capacitación y mi trabajo.                         |             |                |              | X                |
| B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.                  |             |                |              | X                |
| C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión. |             |                |              | X                |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoria.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                         |                                                               |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                          |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/</b><br><b>ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>1 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Aplicación:       | 15 de agosto del 2024                                                                                                                                          |
| Nombre de la Capacitación: | Inducción y reintegración                                                                                                                                      |
| Nombres del Asistente:     | <i>[Handwritten signature]</i>                                                                                                                                 |
| Cargo:                     | <i>[Handwritten signature]</i>                                                                                                                                 |
| Dependencia:               | Central Interna                                                                                                                                                |
| Tipo de Vinculación:       | Trabajadores oficiales <input type="checkbox"/><br>Periodo Fijo <input checked="" type="checkbox"/><br>Libre Nombramiento y Remoción: <input type="checkbox"/> |
| Objetivo:                  | Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la capacitación propuesta.                                                                                         |

Las siguientes preguntas le permiten a usted expresar su opinión con relación a la aplicación de los conocimientos adquiridos en esta capacitación y a nosotros mejorar en nuevas oportunidades. Agradecemos leer cada punto atentamente y responder con sinceridad.

Marque con una X la opción que usted crea correcta.

**Nota:** Toda calificación, se realizará en una escala de 1 a 4; siendo uno (1) malo y cuatro (4) excelente.

| 1. Evaluación sobre el tema de la capacitación: |                                                                                       | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                                                 |                                                                                       | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema previo a la capacitación           |        |           | X       |             |
| B                                               | Nivel de conocimientos o competencias en este tema una vez finalizada la capacitación |        |           |         | X           |
| C                                               | Nivel de satisfacción de los contenidos y el desarrollo de la capacitación            |        |           |         | X           |

| 2. Calidad de los contenidos: |                                                          | 1      | 2         | 3       | 4           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------|
|                               |                                                          | (Malo) | (Regular) | (Bueno) | (Excelente) |
| A                             | El cumplimiento de los contenidos propuestos.            |        |           |         | X           |
| B                             | El aporte de nuevos conceptos y/o técnicas presentadas.  |        |           |         | X           |
| C                             | La profundidad en los contenidos.                        |        |           |         | X           |
| D                             | La relación de los contenidos con el objetivo propuesto. |        |           |         | X           |

|                                                                                   |                                                                         |                                                                  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |                                                                         | <b>EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>                             |                          |                            |
| <b>VERSIÓN:</b> 02                                                                | <b>RESPONSABLE:</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA | <b>FECHA DE INICIO/<br/>         ACTUALIZACIÓN:</b><br>9-05-2023 | <b>PÁGINA:</b><br>2 DE 2 | <b>CÓDIGO:</b><br>GH-R-013 |

### 3. Pertinencia y Aplicabilidad:

- A La relación entre la capacitación y mi trabajo.
- B La aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido.
- C El fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi gestión.

| 1<br>(Malo) | 2<br>(Regular) | 3<br>(Bueno) | 4<br>(Excelente) |
|-------------|----------------|--------------|------------------|
|             |                |              | X                |
|             |                |              | X                |
|             |                |              | X                |

### REFERENCIA DE LA EVALUACION:

|           |            |
|-----------|------------|
| Excelente | = 40       |
| Bueno     | >= 30 < 40 |
| Regular   | >= 20 < 30 |
| Malo      | < 20       |

Si en alguna de sus respuestas, indicó la opción malo (1) o regular (2); explique si las razones están relacionadas con factores de la capacitación o con el ambiente de trabajo.

N/A

### Sugerencias:

Ninguna

### Control de cambios

| Rev. | Fecha      | Elaboro                                             | Reviso / Aprobó   | Observaciones y/o Ajustes                                                                                                                                     |
|------|------------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2    | 9-05-2023  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.                                                                            |
| 1    | 30-06-2022 | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Se implementa formato de conformidad a las acciones de mejora sugeridas en la pre auditoría.<br>2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC |
| 0    | 9-05-2020  | Auxiliar Administrativo de la Unidad Administrativa | Comité de calidad | 1. Creación del documento                                                                                                                                     |