



ASISTENCIA A CAPACITACIÓN

Código	SAFO-05
Version	2
Página	1

Fecha:	Duración (horas):	Tema:
--------	-------------------	-------

Entidad y /o Nombre y cargo del facilitador (es):

Area encargada de la capacitación:

Objetivo de la capacitación:	Hora Inicio:	Hora Final:
------------------------------	--------------	-------------

N°	NOMBRE COMPLETO	N° DOCUMENTO	CARGO	ÁREA	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Logros (evaluación de objetivos y percepción de los participantes)

Dificultades

Firma del capacitador	*Espacio para Control Talento Humano
-----------------------	--------------------------------------

Telefono	Correo Electronico	*Capacitacion N°	
----------	--------------------	------------------	--