

	FORMATO EVALUACIÓN ENTRENAMIENTO	Código: GE-FO-01
		Versión: 02
		Fecha: 12-05-2025

Tipo	Capacitación ☐	Inducción ☐	Reinducción ☐	Área:	SST
Tema				Fecha:	dd/mm /aaaa
Nombres y Apellidos del Participante				No. Identificación:	
Cargo del Participante					
Nombres y Apellidos del capacitador				Cargo:	Asesor SST

INTERPRETACIÓN DE CUMPLIMIENTO “CALIFICACIÓN”		Ponderación
Insatisfactorio:	No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno:	Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0.5
Alto desempeño:	Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	1

SELECCIÓN MÚLTIPLE: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA
1. Se entiende por Estilo de Vida Saludable: a) Hábitos y costumbres que cada persona realiza para lograr un desarrollo y un bienestar físico, mental, social y laboral b) Costumbres que promueven una vida laboral sana c) Ninguna de las anteriores
2. Las condiciones sub-estándar son: a) Prevenir el consumo de alcohol, cigarrillo, malos hábitos alimentarios y sedentarismo b) Trabajar excesivamente y no tener descanso c) No realizar deporte y mantener comer mucha comida chatarra
3. ¿Qué es Autocuidado? a) Es la capacidad de las personas de cuidar de su salud, de prevenir enfermedades y hacer frente a las enfermedades con o sin el apoyo de atención médica b) Es la capacidad de cuidarme y prevenir riesgos sin importar si los demás también corren el mismo riesgo. c) Es omitir las recomendaciones dadas y seguir nuestro propio instinto aun si no es el más adecuado
4. ¿Cómo desarrollar autocuidado? a) Evaluar la probabilidad de que suceda algo y la consecuencia en su salud b) Tomar riesgos innecesarios (por desafíos, sugerencias, órdenes inadecuadas) c) Laborar en el estado de exceso de confianza, prisa, fatiga o frustración
5. Cuando se reportan los actos y condiciones inseguras a) Mantener el sitio de trabajo ordenado y limpio, que sea un ambiente agradable y seguro, realizar pausas activas durante la jornada laboral b) Discutir con mis compañeros de trabajo cuando tengo alguna inconformidad c) Realizar otras actividades durante mi jornada laboral.

	FORMATO EVALUACIÓN ENTRENAMIENTO	Código: GE-FO-01
		Versión: 02
		Fecha: 12-05-2025

CALIFICACIÓN:	
FIRMA DEL PARTICIPANTE:	
FIRMA DEL CAPACITADOR:	

EFECTIVIDAD DE LA CAPACITACIÓN		
Por favor marque con una X (SÍ o NO) cada uno de los siguientes aspectos teniendo en cuenta la capacitación recibida.	SI	NO
¿Considera que el tiempo utilizado en la capacitación es suficiente?		
Los temas tratados le permiten mejorar en su desempeño personal y/o laboral		
Considera que los temas tratados en la capacitación permitirán mejorar los procesos en su lugar de trabajo		
Considerando la calidad y utilidad de la capacitación recibida, cree que debería darse continuidad al tema		
Considera que el Asesor encargado de la capacitación tiene buen manejo del tema y es claro al desarrollar la capacitación		
TOTAL, CALIFICACIÓN EFECTIVIDAD CAPACITACIÓN		
Señor capacitador se considerará efectiva la capacitación si obtiene una calificación igual o mayor de 4 (); en caso de una calificación inferior se deben implementar acciones de mejora, por favor reporte estos resultados a la Coordinación respectiva.		

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN