

Tipo	Capacitación <input type="checkbox"/> Inducción <input type="checkbox"/> Reinducción <input type="checkbox"/>	Área:	SST
Tema	INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO		Fecha: dd/mm /aaaa
Nombres y Apellidos del Participante			No. Identificación:
Cargo del Participante			
Nombres y Apellidos del capacitador		Cargo:	Asesor HSE

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. ¿Qué es un accidente de trabajo?:		
a.	Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte”.	
b.	Amenaza, o probabilidad que acontezca un fenómeno potencialmente perjudicial en una zona y en un período de tiempo determinado	
c.	Son circunstancias que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente y dependen del ambiente donde se desarrolla la tarea	
2. Casos que NO SON considerados accidentes de trabajo:		
a.	La lesión generada en el trabajador no es calificada como grave	
b.	Cuando se demuestre la intención del trabajador de hacerse daño	
c.	Lesiones severas de mano, tales como, aplastamiento o quemaduras.	
3. Actos Inseguros que llevan a un accidente de trabajo en una EDS:		
a.	No usar el equipo de protección personal	
b.	suciedad y desorden en el área de trabajo	
c.	No Permitir fumar y/o hacer fuego abierto en las Estaciones de Servicio	
4. ¿Cuál es el plazo que tiene el trabajador para reportar un accidente de trabajo?		
a.	Informar al jefe inmediatamente ocurrido el evento	
b.	A los 15 días después de realizada la investigación	
c.	Un mes después	
5. ¿Qué significa la sigla FURAT?		
a.	Administradora de Riesgos Laborales	
b.	Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo	
c.	Formato Único de Reporte de Enfermedades Laborales	
CALIFICACIÓN:		

 FONDO DE PROTECCIÓN SOLIDARIA	FORMATO EVALUACIÓN ENTRENAMIENTO	Código: GE-FO-01
		Versión: 02
		Fecha: 12-05-2025

FIRMA DEL PARTICIPANTE:	
FIRMA DEL CAPACITADOR:	

EFFECTIVIDAD 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