

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

Tipo	Capacitación ☐	Inducción ☐	Reinducción ☐	Área:	SST
Tema	COPASST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo)			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. ¿Cuál es el significado de las siglas COPASST?	a) Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo b) Comité paritario de seguridad e higiene industrial
2. ¿Cuál es el objetivo del COPASST?	a) Identificar peligros y riesgos b) Entregar elementos de protección personal c) Velar por el cumplimiento de las normas, políticas y reglamentos de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
3. ¿Cada cuanto se reúne el COPASST?	a) 1 vez al mes b) 2 veces al mes c) 1 vez por semana
4. ¿Cuál es el periodo de vigencia del COPASST?	a) 3 años b) 1 año c) 2 años
5. ¿El COPASST debe participar en la investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales?	a) SI b) NO
CALIFICACIÓN:	

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

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