|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tema y/o Nombre del Evento: | | |
| Nombre del Capacitador: | | |
| Lugar: | | Ciudad: |
| Fecha: | | Duración (Horas): |
| Tipo de Evento | Charla: Inducción: Curso / Taller: Simulacro:  Capacitación: Reunión: Memorias del Evento: Si: No: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre** | **Cargo** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Eficacia del Evento** |
| **Método de Evaluación** |
| (Marque con una x el método a utilizar )  Test: \_\_\_\_ Preguntas: \_\_\_\_  Evaluación escrita: \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_  Evaluación oral: \_\_\_\_ ¿Cual?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Trabajo en grupo: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Resultados** |
| Total personas que SI aprobaron: |
| Total personas que NO aprobaron: |
| ¿El evento fue eficaz? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ |
| ACCIONES A SEGUIR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |