|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |
| **Tipo de Vinculación Laboral** |
|
| **Tipo de Evaluación** | Inducción/Reinducción |  | Capacitación |   |
| **Nombre Empleado/Contratista** |  |
| **No. Identificación** |  |
| **Cargo** |  |
| **Dependencia** |  |
| **Tema Capacitado** |  |

Las preguntas que encontrará en el presente documento permitirán evaluar el nivel de conocimiento de la capacitación que usted obtuvo durante el proceso de formación institucional.

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y responda con toda sinceridad ya que la información permitirá a futuro mejorar los aspectos de formación de las capacitaciones del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

**CUESTIONARIO**