

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>Formato de identificación de<br/>necesidades de formación del personal y<br/>para proporcionarla</b><br><br>AOXLAB S.A.S | <b>Identificación:</b><br>FOR-TC-001     |
|   |   | <b>Revisión:</b> 1                       |
|   |   | <b>Inicio de vigencia:</b><br>2017/08/10 |

# **Formato de identificación de necesidades de formación del personal y para proporcionarla**


AOXLAB S.A.S



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>Formato de identificación de<br/>necesidades de formación del personal y<br/>para proporcionarla</b> | <b>Identificación:</b><br>FOR-TC-001     |
|   | <b>AOXLAB S.A.S</b>   | <b>Revisión:</b> 1                       |
|   |   | <b>Inicio de vigencia:</b><br>2017/08/10 |

| <b>Formato de identificación de necesidades de formación del personal y para proporcionarla<br/>FOR-TC-001</b>                                  |  |                         |              |
|---|--|-------------------------|--------------|
| <sup>(3)</sup> <b>Almacenamiento del registro:</b><br><a href="http://107.190.139.42/~aoxlabsgc/sig/">http://107.190.139.42/~aoxlabsgc/sig/</a> | <sup>(1)</sup> <b>Consecutivo No. :</b>  |                         |              |
|   | <sup>(2)</sup> <b>Fecha de registro:</b> |                         |              |
| <b>PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN</b>   |  |                         |              |
| <b>IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FORMACIÓN</b>   |  |                         |              |
| <sup>(4)</sup> <b>Necesidad(es) de formación identificada(s):</b>   |  |                         |              |
| <sup>(5)</sup> <b>Personal y/o área que requiere la formación:</b>  |  |                         |              |
| <sup>(6)</sup> <b>Beneficios esperados con la formación:</b>  |  |                         |              |
| <sup>(7)</sup> <b>PROGRAMA DE FORMACIÓN A PROPORCIONAR</b>  |  |                         |              |
| <i>Cursos, estancias, asesorías, etc.</i>   | <i>Lugar/proveedor</i>                   | <i>Fecha/Duración</i>   | <i>Costo</i> |
| 1.  |  |                         |              |
| 2.  |  |                         |              |
| 3.  |  |                         |              |
| <sup>(8)</sup> <b>EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN PROPORCIONADA</b>  |  |                         |              |
| <b>Método de evaluación de eficacia de la formación proporcionada:</b>  |  |                         |              |
| <b>Resultados de la evaluación:</b>   |  |                         |              |
| Fecha de evaluación:  |  |                         |              |
| Las acciones de formación implementadas, ¿fueron eficaces?  | Si                                       | No                      |              |
| ¿Se requieren acciones adicionales de formación?  | Si                                       | No                      |              |
| <b>Acciones adicionales de formación (si aplica):</b>   |  |                         |              |
| Fecha de aplicación:  |  |                         |              |
| <sup>(9)</sup> <b>Cierre de las acciones de formación</b>   |  |                         |              |
| <b>Registró</b><br>Nombre y firma:  | <b>Aprobó</b><br>Nombre y firma:         | <b>Fecha de cierre:</b> |              |

Ref: PROC-TC-001

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>Formato de identificación de<br/>necesidades de formación del personal y<br/>para proporcionarla</b> | <b>Identificación:</b><br>FOR-TC-001     |
|   | <b>AOXLAB S.A.S</b>   | <b>Revisión:</b> 1                       |
|   |   | <b>Inicio de vigencia:</b><br>2017/08/10 |

**Instrucciones de llenado:**

- (1) Indicar el número de consecutivo del registro, ej. 001/2015.
  - (2) Indicar la fecha que se realizó el registro.
  - (3) Indicar el lugar físico o ruta electrónica donde se debe almacenar o coleccionar el formato una vez lleno (convertido en registro).
  - (4) Describir las necesidades de formación detectadas y año de programa de capacitación.
  - (5) Listar el personal que se identifica con necesidades de formación (puede ser toda un área o Laboratorio).
  - (6) Indicar los beneficios para el Laboratorio que se esperan con la formación.
  - (7) Indicar el plan de formación a proporcionar, lugar, proveedor tentativo, fecha y costo estimado.
  - (8) Indicar la forma de evaluar la eficacia de la formación proporcionada, los resultados y fecha de la evaluación. Indicar si las acciones fueron eficaces, y si es requerido aplicar acciones adicionales de formación, con fechas estimadas.
  - (9) Indicar el nombre y firma del personal del Laboratorio que registró y aprobó la aplicación de la formación; así como su fecha de cierre.
- (Nota) Recuerde tachar o cancelar los espacios en blanco no utilizados durante el llenado de este formato (en operación) y mantenerlo siempre legible. Si requiere hacer algún cambio a un valor ya escrito (registro), colocar el nuevo valor al lado y rubricarlo con fecha sin hacer ilegible el anterior.