# Registro de Capacitación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Logo de la entidad empleadora] | COMPETENCIA Y CAPACITACIÓN**REGISTRO DE CAPACITACIÓN** | Código: |
| Versión: |
| Fecha aprobación: |

# 1. ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

A continuación, se detallan los antecedentes de la actividad de capacitación implementada para dar cumplimiento a lo establecido en el Sistema de Gestión de SST

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la actividad**  | **Fecha inicio y fin de la actividad** |
|  |  |
| **Modalidad**  | **N° de horas**  |
| Presencial [ ]  E learning [ ]  |  |
| **Tipo de actividad** |
| Interna [ ]  Externa [ ]  Si es externa indique quien ejecuta: |
| Si es interna indique los antecedentes del responsable |
| **Nombre**  | **Cargo**  |
|  |  |
| **Grupo objetivo de los participantes - Observaciones** |
|  |

# 2. INFORMACIÓN PARTICIPANTES

En este apartado se detallan los antecedentes de los participantes de la actividad, sólo se solicitará firma en caso que la actividad se ejecute de manera presencial.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del material adjunto** | **Rut** | **Cargo** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# 3. MATERIAL DE COMPLEMENTO

Se adjunta material Si [ ]  No [ ]  marque una opción

En caso de indicar Si:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la actividad**  | **Fecha inicio y fin de la actividad** |
|  |  |
| **Modalidad**  | **N° de horas**  |
| Presencial [x]  E learning [ ]  |  |