|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** | **Código** | GTH-F-15 |
| **DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN** | **Versión** | 1 |
| **Validación** | Julio de 2017 |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL COLABORADOR** |
| Nombre:  | Cedula:  | Cargo:  |
| Dependencia:  | Área:  |
|  **NIVEL DE FORMACIÓN****(Señale el último aprobado)** |
| Primaria  | Secundaria | Técnico  | Tecnólogo | Profesional | Posgrado |
| **Capacitación solicitada** | **Funciones o actividades que realiza aosciadas a la capacitación** | **Prioridad\*** | **Colaborador interno que conoce del tema y puede dar la capacitación** | **Intitución externa que puede dar la capacitación** |
| **A** | **M** | **B** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |  |  |  |

*Agregue tantas casillas como sea necesario*

**\*Prioridad**

A. Alta

M. Media

B. Baja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Colaborador Jefe Inmediato**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Coordinación de Talento Humano INTUITIVA CONSULTORES  | Aseguramiento de la Calidad | Rectoría  | Julio de 2017 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |