|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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** |
|  |  |