|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL EVALUADOR** | | | |
| **Nombre:** | | | |
| **Dependencia:** |  | | |
| **Cargo:** |  | **Fecha de la Capacitación**: |  | |

Su retroalimentación es muy importante para el mejoramiento continuo de la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, que se realiza a los funcionarios vinculados a la Universidad Francisco de Paula Santander.

Por favor califique objetivamente la información obtenida en cada uno de los aspectos evaluados, de acuerdo con el siguiente criterio. Marque con una "X" la casilla que corresponda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E | EXCELENTE | La información fue completa y detallada. |
| B | BUENO | La información fue suficiente. |
| R | REGULAR | La información fue muy general e incompleta. |
| N | NULO | No obtuve ninguna información al respecto. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA INDUCCIÓN** | | **E** | **B** | **R** | **N** |
| 1 | Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST). |  |  |  |  |
| 2 | Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (Acuerdo Nro. 090 del 2016). |  |  |  |  |
| 3 | Objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST). |  |  |  |  |
| 4 | Política para la promoción de la salud y prevención de consumo de sustancias psicoactivas SPA (Acuerdo Nro. 093 del 2016). |  |  |  |  |
| 5 | Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST). |  |  |  |  |
| 6 | Comité de Convivencia Laboral (CCL). |  |  |  |  |
| 7 | Incidente de trabajo, Accidente de trabajo y Enfermedad laboral. |  |  |  |  |
| 8 | Responsabilidades de los funcionarios en seguridad y salud en el trabajo. |  |  |  |  |
| 9 | Procedimiento en caso de accidente de trabajo. |  |  |  |  |
| 10 | Matriz de identificación de Peligros y Valoración de los Riesgos. |  |  |  |  |
| 11 | Plan de Emergencia |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES** |
|  |