

# EVALUACIÓN DEL PERÍODO DE PRUEBA PARA LA CONFIRMACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO



FECHA DE COMPLETACIÓN:

Personal de Primer Ingreso

Por Movimiento de Personal

FECHA INICIO PERIODO DE PRUEBA

FECHA FINALIZACIÓN PERIODO DE PRUEBA

NOMBRE DEL COLABORADOR

PUESTO DE TRABAJO

Identificación con el puesto de trabajo: Deficiente  Aceptable  Excelente

Observaciones:

Cumple con los requerimientos del puesto: Deficiente  Aceptable  Excelente

Observaciones:

Iniciativa: Deficiente  Aceptable  Excelente

Observaciones:

Cumple con Normas y Procedimientos: Deficiente  Aceptable  Excelente

Observaciones:

¿POR LO INDICADO ANTERIORMENTE, SE SOLICITA LA CONFIRMACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO?

SI  NO

Acciones para la Mejora en el Desempeño:

FECHA RECEPCIÓN RRHH:

F. \_\_\_\_\_  
Nombre:

Jefe Inmediato del Colaborador



F. \_\_\_\_\_

Nombre:

VoBo. Gerente Corporativo RRHH

F. \_\_\_\_\_  
Nombre:

Jefe de Capacitación y Desarrollo