



CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA

CÉDULA DE EVALUACIÓN AL PROCESO DE HORARIO TIPO EN CAPACITACIONES (SQE.10)

Nombre del evaluador: _____

Área que se evalúa: _____ Fecha que se evalúa: _____

Capacitación/sesión hospitalaria a evaluar: _____

No.	ACTIVIDAD	LO REALIZA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
	PROCESO			
1	El líder del área asigna horario tipo a su personal.			
2	El personal asignado asiste a la capacitación.			
3	El personal asignado firma la minuta.			

*Se considera cumplimiento del protocolo cuando cumple el 100% de los puntos evaluados.

FIRMA DE LA PERSONA QUE EVALUA