**FORM. SAP-22**

**DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** |  |

(Formulario a ser llenado por el inmediato superior del puesto: Secretario Departamental, Director de Servicios Departamentales, Jefes de Unidad, según corresponda.

**DATOS DEL SERVVIDOR/A PÚBLICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO:** |  |
| **PUESTO:** |  |
| **AREA ORGANIZACIONAL:** |  |

**FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL PUESTO:** (Registrar las Funciones específicas y rutinarias del puesto de acuerdo al POAI/Manual Descriptivo de Puestos)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**REQUISITOS QUE EXIGE EL PUESTO:** (Registrar los requisitos establecidos en las especificaciones del puesto)

|  |  |
| --- | --- |
| **Formación Esencial:** |  |
| **Formación Complementaria:** |  |
| **Cualidades Personales:** |  |
| **Otros Requisitos y/o Conocimientos:** |  |

1.- ¿El servidor cumple los requisitos de formación que exige el puesto?

SI ( ) NO ( )

2.- ¿Algunas de las funciones asignadas no son cumplidas pro factores atribuibles a sus conocimientos?

SI ( ) NO ( )

En caso afirmativo, mencione cuales:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

3.- Las funciones antes mencionadas, a su criterio, que conocimientos demanda en el Servidor /a Publico.

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNCIÓN** | **CAPACITACION REQUERIDA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**INMEDIATO SUPERIOR**

**Firma y Sello**