CENTRO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA DE SERVICIOS

CHECK LIST

FECHA:

NOMBRE COMPLETO DEL APRENDIZ: D.I.:

TELÉFONO DEL APRENDIZ: CORREO ELECTRÓNICO:

PROGRAMA DE FORMACIÓN: Nº DE FICHA:

FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA DE

NOMBRE DE INSTRUCTOR/A LIDER: FIRMA_____

SEDE: SALOMIA

1. LISTA DE VERIFICACIÓN DE ITEMS				
N° de Ítem	**VARIABLES / CRISTERIOS DE RESULTADOS**	**CUMPLE**		**Observaciones**
		SI	**NO**	
1	Se destaca en un desempeño académico excelente (teórico- práctico)			
2	Analiza la información del portafolio de servicios teniendo en cuenta las Características de productos, servicios y vigencia de la información			
3	Identifica las necesidades y expectativas del cliente a partir de la información suministrada			
4	Suministra información al cliente de acuerdo con sus necesidades y expectativas			
5	Presenta Liderazgo orientado al trabajo en equipo			
5	Aplica técnicas de venta de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Organización			
6	Es creativo, propositivo y participativo			
7	Asume una postura crítica dentro del respeto y la cordialidad			
8	Aplica la normatividad vigente para garantizar la seguridad del cliente.			
9	Asiste a formación de manera puntual			
10	Porta adecuadamente el uniforme y el carnet			
11	Es responsable en aspectos de la formación			
12	Posee habilidades Comunicativas			
13	Ofrece alternativas al cliente en la atención del servicio no Siguiendo los protocolos establecidos para tal fin.			

2. ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR COORDINADIÓN ACADEMICA

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES	**SI / NO**	**OBSERVACIONES**
Presenta problemas académicos y/o disciplinarios		
Tiene plan de mejoramiento		
Tiene sanciones por parte de comité de seguimiento y evaluación		
Verificación en Sofía plus, tiene ausencias y/o llegadas tarde.		

_____

Firma del coordinador responsable de la verificación