SENA REGIONAL VALLE	Centro Nacional de Asistencia Técnica a la Industria – ASTIN **LISTA DE CHEQUEO PROCESO Y/O PRODUCTO**	Código: 9230-FP-F-216 Versión: 3

1. IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Programa de formación: TECNOLOGO EN GESTION INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	
Resultados (s) de aprendizaje correspondiente (s): Planificar la implementación del sig, teniendo en cuenta el ciclo phva y los resultados del diagnostico.	**Ficha de caracterización:**
Evidencia a evaluar: Plan para la estructuración del SGA, con base en la norma NTC ISO 14001:2015	**Código de la guía: 9230-FP-O-**
Nombre/s de/los Instructor(es):	
Duración de la evaluación: Tipo de evidencia (marcar con una X) Producto: X Proceso: Ambos:	

2. PRESENTACIÓN E INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO:

Señor /a Instructor / a:
* Observe en detalle el proceso y/o valore el producto y avalue con objetividad.
* Comparta, con el aprendiz , os resultados obtenidos y acuerde, si es necesario, un nuevo momento de evaluación.
* Firme el instrumento, verifique la firma del aprendiz y registre la fecha de evaluación.

3. CUERPO DEL INSTRUMENTO:

Criterios/Variables	**Indicadores**	APRENDICES
		*EVALUACION (S o √: Si cumple. N o X: No cumple)
Elabora el plan de implementación por medio de diagramas, teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico y los procesos del SIG.	El plan de implementación describe las actividades, los recursos en términos de tiempo y los responsables asignados para el desarrollo del SIG.	
	El plan de implementación del SIG se elabora mediante diagramas Gantt o Pert de acuerdo con los resultados del diagnostico de la norma NTC ISO 14001: 2015,NTC IS0 9001 2015 Y NTC 45001 2018 de la organización	
	El plan de implementación describe las actividades necesarias para documentar los requisitos de la norma NTC ISO 14001: 2015,NTC IS0 9001 2015 Y NTC 45001 2018	
La evidencia es:	DE CALIDAD (si cumple con los criterios e indicadores anteriores)	
	PERTINENTE	
	VIGENTE	
	AUTENTICA	
RESULTADO FINAL A: Aprobado; D: Deficiente:		
Firma del aprendiz:		
Ciudad y fecha:		_____, ____/____/_____
Firma del /los Instructor/es:		