

**CONSTANCIA DE INDUCCIÓN A LA UNIVERSIDAD, ADIESTRAMIENTO AL PUESTO Y ÁREA DE TRABAJO**

<b>NOMBRE DEL/A TRABAJADOR/A:</b>			
<b>FECHA DE INGRESO:</b>		<b>FECHA DEL CURSO DE INDUCCIÓN:</b>	
<b>FECHA DE INICIO DEL ADIESTRAMIENTO AL PUESTO:</b>			

**INSTRUCCIONES:** Marque con una "X" SI o NO, según sea el caso, en las actividades que a continuación se detalla:  
Para ser llenado por el/la trabajador/a

	SI	NO
Recibí la información relativa a la Universidad, así como la Misión, Visión, Política de calidad e Igualdad Laboral y No Discriminación, y los aspectos más relevantes de la Estructura Organizacional.		
Recibí información acerca del Sistema de Gestión de Calidad de la UT Cancún.		
El primer día de labores, su jefe/a inmediato/a le dedicó tiempo para platicar con usted.		
Recibió "Carta de bienvenida".		
El/la jefe/a inmediato/a o el/la compañero/a guía lo presentó oficialmente con sus compañeros de trabajo.		
El/la jefe/a inmediato/a o el/la compañero/a guía le asignó un lugar de trabajo con mobiliario adecuado para realizar sus funciones.		
El/la jefe/a inmediato/a o el/la compañero/a guía le indicaron la ubicación de las instalaciones, como: oficinas, sanitarios, zonas de seguridad, comedor cuando sea el caso, etc.		
El/la jefe/a inmediato/a o el/la compañero/a guía le proporcionó o le mostró el diagrama de organización u organigrama al que pertenece su área de trabajo.		
El/la jefe/a inmediato/a o el/la compañero/a guía le informó que funciones va a desempeñar y como las va a hacer.		
El/la jefe/a inmediato/a o el/la compañero/a guía le dieron a conocer las Normas, Reglamentos, Procedimientos y Guías que se aplican en el área.		
El adiestramiento inicial al puesto que recibió fue claro, sencillo y oportuno.		
El curso de inducción se imparte máximo 3 días posteriores a la contratación		
El adiestramiento inicial al puesto y al área de trabajo se llevó a cabo máximo 15 días hábiles posteriores a la contratación		

**Curso de inducción**

\_\_\_\_\_  
LIC. MARÍA ISABEL MARMOLEJO ANDA  
NOMBRE Y FIRMA DEL CAPACITADOR/A

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE/LA TRABAJADOR/A

\_\_\_\_\_  
CALIDAD

**Adiestramiento inicial al puesto**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL/LA JEFE/A INMEDIATO/A

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL/LA TRABAJADOR/A

Fecha de Revisión: 20 de marzo de 2019	Núm. Revisión. 06	CDP-P03-F06
--	-------------------	-------------