

1. Fecha de evaluación	Día	Mes	Año							
2. Nombre del colaborador evaluado										
3. Departamento										
4. Capacitación recibida										
5. Duración de la capacitación (en horas)										
Objetivo										
Medir el impacto de las acciones formativas que se llevan a cabo en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e impulsar el proceso de aprendizaje constante y desarrollo del personal, de modo que sea aplicado en su puesto de trabajo y funciones.										
Instrucciones										
A continuación encontrará cuatro aspectos a evaluar:										
<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección de necesidades 2. Vínculo con objetivos estratégicos 3. Vínculo con misión, visión y valores 4. Desempeño laboral 										
Clasifique dentro de las siguientes escalas										
1. Muy deficiente 2. Deficiente 3. Regular 4. Bueno 5. Excelente										
Crterios	Aspectos a evaluar					Escalas				
Detección de necesidades	1. ¿La capacitación fue coherente con la detección de necesidades de competencias del colaborador?	1	2	3	4	5				
	2. ¿La acción formativa respondió a las necesidades del usuario o beneficiario del servicio?	1	2	3	4	5				
	3. ¿La capacitación realizada aportó al cierre de brechas identificadas entre las competencias del colaborador y lo establecido en el perfil de puesto?	1	2	3	4	5				
Vínculo con objetivos estratégicos	4. ¿Esta capacitación contribuyó al logro del propósito y objetivos trazados en su área?	1	2	3	4	5				
	5. ¿Esta capacitación promovió medidas y acciones concretas para elevar la productividad de su unidad de trabajo?	1	2	3	4	5				
Vínculo con misión, visión y valores	6. ¿Los contenidos del programa de capacitación agregaron valor a la calidad y excelencia de los servicios?	1	2	3	4	5				
	7. ¿La capacitación impactó positivamente a mejorar los servicios de la unidad y beneficios de los usuarios?	1	2	3	4	5				
	8. ¿Considera que luego del colaborador participar en la capacitación manifiesta mayor compromiso con los valores de la organización?	1	2	3	4	5				

Desempeño laboral	9. ¿Cómo considera el desempeño del colaborador luego de realizada la capacitación?	1	2	3	4	5
	10. ¿Esta capacitación impactó positivamente en la productividad del colaborador?	1	2	3	4	5
	11. ¿Esta capacitación fortaleció los conocimientos, habilidades o actitudes del colaborador?	1	2	3	4	5
	12. ¿Esta capacitación ayudó a que el colaborador aumente la calidad del trabajo realizado?	1	2	3	4	5
	13. ¿Como resultado de la capacitación el colaborador ha puesto en práctica, aplicado o propuesto mejoras en algún proceso, herramienta o instrumento en el trabajo	1	2	3	4	5
	14. ¿El colaborador realizó alguna transferencia del conocimiento a sus compañeros luego de participar en la capacitación?	1	2	3	4	5
	15. ¿Cómo resultado de la acción formativa, el colaborador cumple con las funciones que le son asignadas en el tiempo establecido?	1	2	3	4	5

- Aspecto a considerar, comentarios y/o recomendaciones:

Encargado (a) del área	Firma	Fecha	Firma Servidor(a) Público (a)

Encargado (a) del Departamento de Capacitación y Desarrollo	Firma	Fecha

DOCUMENTO CONTROLADO
SGC-MSP
DRH-CAP-FO-01 Ver. 01