

VERSIÓN: 0 0

RESPONSABLE: PROF.
ESPECIALIZADO UNIDAD
ADMINISTRATIVAFECHA DE INICIO/
ACTUALIZACIÓN:
04-09-2026PÁGINA: 1
DE 2CÓDIGO:
GH-R-017

OBJETO: Verificar la eficacia de las acciones producto de la formación hacia los funcionarios de la Lotería del Tolima determinando el impacto esperando en su desempeño promoviendo la mejora en los procesos de la entidad.

1. DATOS GENERALES

Nombre del Funcionario: _____	Cargo / Proceso: _____
Jefe Inmediato: _____	Fecha Evaluación: ____ / ____ / ____
Tema Capacitación: _____ Inducción / Inducción : Si ____ No ____	Intensidad Horaria: _____ Horas
Competencia a Desarrollar / Fortalecer: _____	

2. PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN Y CRITERIOS**Criterio de Aceptación / Meta Definida (cuantitativa o cualitativa esperada):** ≥ 85 %
_____**Periodo de Seguimiento en el Puesto de Trabajo:** ☐ 30 Días ☐ 60 Días ☐ 90 Días**3. VERIFICACIÓN Y EVIDENCIA OBJETIVA DE LA EFICACIA****Método(s) de Verificación Aplicado(s):**

- ☐ Prueba de Conocimiento / Práctica ☐ Observación Directa en Puesto ☐ Auditoría de Proceso
☐ Evaluación de Indicador ☐ Lista de Chequeo

Evidencia Objetiva Revisada (Registros, informes, listas de chequeo, indicadores numéricos): _____**Resultado Obtenido vs. Meta Esperada:**

Estado / Valor Anterior: _____ | Estado / Valor Actual: _____

¿El colaborador aplica la competencia adquirida/fortalecida en su cargo? ☐ Sí, totalmente ☐ Parcialmente ☐ No**4. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE EFICACIA:**

- ☐ EFICAZ (Se demostró la competencia y se alcanzaron las metas definidas) cumplimiento del criterio/meta definido.
☐ NO EFICAZ (No se lograron las metas) No se evidencia aplicación suficiente de la competencia o no se alcanza la meta definida.

5. TRATAMIENTO DE LA NO EFICACIA (ACCIONES DE MEJORA)**Causa Raíz Identificada:** _____

VERSIÓN: 0 0
**RESPONSABLE: PROF.
ESPECIALIZADO UNIDAD
ADMINISTRATIVA**
**FECHA DE INICIO/
ACTUALIZACIÓN:
04-09-2026**
**PÁGINA: 2
DE 2**
**CÓDIGO:
GH-R-017**
Acción Requerida: ☐ Reentrenamiento práctico ☐ Nueva capacitación ☐ Revisión de procedimientos ☐ Otra: ____

Responsable Ejecución: _____ **Fecha Límite:** ____/____/____

Fecha de Reevaluación ____/____/____ La Nueva acción fue eficaz SI ____ NO ____

6. CONCLUSIÓN Y CONCEPTO DEL EVALUADOR

Con base en la evidencia objetiva revisada, se concluye que la capacitación ha permitido:

- ☐ Desarrollar/fortalecer la competencia según lo previsto
☐ Lograr parcialmente el resultado esperado
☐ no lograr el resultado esperado.

7. FIRMAS DE RESPONSABLES

EVALUADOR / JEFE INMEDIATO

 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Firma: _____
 Fecha: ____/____/____

COLABORADOR EVALUADO

 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Firma: _____
 Fecha: ____/____/____

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Elaboro	Revisó / aprobó	Observaciones y/o ajustes
0	04-09-2026	Auxiliar administrativo de la Unidad Administrativa	Comite de Calidad	1. Creación del documento