

REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20240702966
 Nombre de la Acción de Capacitación: PRIMEROS AUXILIOS
 Institución / Empresa: CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA LA DISCAPACIDAD CAID

Fecha de Inicio: 08/03/2024
 Fecha de Término: 08/03/2024
 Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Firma Asistencia de los Participantes	Fecha					Resultado	
			F	M	OP	MM/G		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		
1	40215712874	ANNERY YISSEL ALVAREZ JOSE	X		X		<i>Annery Alvarez</i>							C
2	00118074301	ESTEFANY MARIA ARREDONDO AMARO	X				<i>Estefany Arredondo</i>							NC
3	00201637998	LEIDY MARIA CASILLA REYNOSO	X				<i>Leidy Casilla</i>							
4	00117272658	ANGELICA MARIA DE LOS SANTOS REYES	X		X		<i>Angelica Reyes</i>							
5	22900114962	MALLELIN DOMINGUEZ	X		X		<i>Mallelin Dominguez</i>							
6	00116602665	YOSIMARA FIDELINA DOTEL CASADO	X		X		<i>Yosimara Dotel</i>							
7	22400087163	EMELICE FELIZ MELO	X		X		<i>Emelice Meló</i>							
8	40220181297	JESSICA NICOLE FERNANDEZ SENCION	X				<i>Jessica Fernandez</i>							
9	00201834348	JORGE ISAA FRANCO GERMAN		X			<i>Jorge Franco</i>							
10	4022131226	CLAUDIA ARGENTINA GRULLON OGANDO	X				<i>Claudia Grullon</i>							
11	11000067907	ARIEL ALFREDO HERNANDEZ PANIAGUA		X	X		<i>Ariel Paniagua</i>							
12	01100095700	MARCIA JIMENEZ JIMENEZ	X		X		<i>Marcia Jimenez</i>							
13	22400773895	ISAMAR LORA SUERO	X		X		<i>Isamar Lora</i>							
14	00100963008	VIRGINIA AMELIA MADERA RODRIGUEZ	X		X		<i>Virginia Madera</i>							
15	22400498857	KATHERIN ROSI MENDEZ SUERO	X				<i>Katherin Rosi</i>							
16	22301428482	HAROLIN YOJANA MORA	X		X		<i>Harolin Mora</i>							
17	09300742286	JULIO CESAR MOREL DE LEON		X	X		<i>Julio Cesar Morel</i>							
18	40225131172	AYSSA CRISTAL PERALTA LORENZO	X		X		<i>Ayssa Peralta</i>							
19	22400623801	MASSIEL PEREZ	X		X		<i>Massiel Perez</i>							
20	00115032062	JUANA CARMEN PEREZ MORA	X		X		<i>Juana Carmen Perez</i>							
21	40224349585	KATHERINNE PENELOPE ROSARIO PLASENCIA	X				<i>Katherinne Plaseñcia</i>							
22	01300136486	INGRID JOSELIN SOTO MEJIA	X		X		<i>Ingrid Soto</i>							
23	01201238399	BRIANT JOEL TAVERAS TAVERAS		X			<i>Briant Taveras</i>							
24	01100393253	LIDIA VIKIANA TEJEDA VALDEZ	X		X		<i>Lidia Tejeda</i>							
25	22301129965	RAMONA TOLENTINO	X		X		<i>Ramona Tolentino</i>							
Total			21	4	17	8								

Observaciones:

Legenda: F= Femenino, M= Masculino, OP= Operario, MM= Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica NIC = No califica



Facilitador(a) *[Signature]*

Asesor(a)

Certificado: Físico Web
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.



Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa. Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa; Ejemplo 13-12-14

Total Horas Instrucción: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Periodo.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nomina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica, N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se coloca una marca de cojejo en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcara con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM/G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda.

Totales: se coloca la cantidad de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: se escriben aquellas informaciones que sean relevantes.

Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Coordinador / Encargado del Dpto.: El coordinador o el encargado responsable del departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:
METROPOLITANO

Nombre de la Empresa o Institución:
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA LA DISCAPACIDAD CAID

Nombre de la Capacitación:
PRIMEROS AUXILIOS

Objetivo de la Capacitación:
Capacitar a los participantes de técnicas y conocimientos adecuados para actuar en calidad de primer interviniente, ante cualquier urgencia o emergencia.

Población Enfocada:
Operarios, Mandos medios

Contenido de la Capacitación:

1.-Conceptos básicos. 2- Normas básicas de primeros auxilios y sus principios de acción. 3-Técnicas de RCP aplicada a una persona en estado de emergencia cardio respiratoria. 4- Principales emergencias cardio respiratorias (paro respiratorio, paro cardio respiratorio, obstrucción de vías respiratoria) 5-Tratamiento de heridas o hemorragias de forma correcta y utilización de las normas de precaución adecuadas. 6- Identificación y manejo de Fracturas correctamente. 7-Técnicas de levantamientos y traslados de pacientes.

Carga Horaria: 8 h

Perfil del Facilitador:

Dr. en medicina. Especialista en Salud Ocupacional. Master en Prevención de R.L./Seguridad e Higiene Industrial
Experiencia laboral y docente. Facilitador del INFOTEP

Recursos Didácticos y Logísticos:

Proyector, pizarra, material de apoyo, marcadores y equipos para prácticas.


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha

Instructivo de llenado del RT-02-PT-ONA-040

Dirección Regional: Se escribe el nombre de la Dirección Regional que presta el servicio.

Nombre de la Empresa: Se escribe el nombre de la empresa o institución.

Nombre de la Capacitación: Se escribe el nombre de la acción de capacitación.

Objetivo de la Capacitación: Se escribe el objetivo que se persigue lograr con la acción de capacitación.

Población Enfocada: Se describe a quién(es) va dirigida la acción de capacitación.

Contenido de la Capacitación: Se describen los temas y subtemas que componen los módulos de la acción de capacitación.

Carga Horaria: Se escribe la cantidad de horas que dura la acción de capacitación.

Perfil del Facilitador: Se describen los requisitos de formación y/o experiencia laboral y experiencia docente, entre otras cualidades que se determine con la contraparte.

Recursos Didácticos y Logísticos: Se describen los recursos que se requieran para la realización de la acción de capacitación.

Firma de la Contraparte de la Empresa y Fecha: La Contraparte de la institución escribe firma y fecha para validar el diseño.

Firma del Facilitador y Fecha: El facilitador escribe firma y fecha luego de verificar el diseño de la acción de capacitación.

Firma del Asesor y Fecha: El asesor escribe firma y fecha luego de revisar el diseño de la acción de capacitación.