



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20240703224

Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 14/03/2024
Fecha de Término: 14/03/2024
Total Horas Programadas: 8

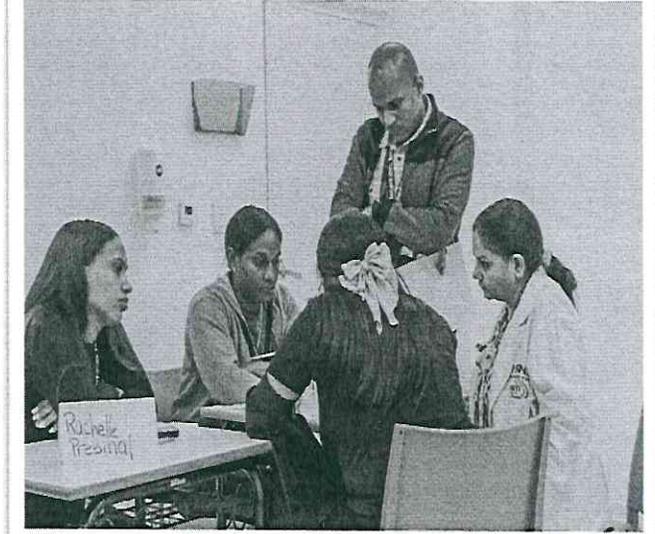
A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G									
1	40211910696	HILLARY NAOMY CASTRO RIVERA	X			X									
2	01200921177	HAISER BERENI DE LEON OLIVERO	X												
3	09300452225	JESUS DE LOS SANTOS SORIANO		X		X									
4	00117997304	JONATHAN MIGUEL DEL AMPARO SUAREZ		X		X									
5	40237008749	ELIAN FAMILIA TERRERO		X		X									
6	00118570050	ROSAURA MARTINA GÓMEZ MUÑOZ	X			X									
7	00102429214	FELIX MANUEL JIMENEZ SOSA		X		X									
8	00117858548	LADI ROSELIN MARIANO MORENO	X			X									
9	00117580712	DOMINGO ANTONIO MATOS FELIZ		X		X									
10	049000542061	GEOBANNY ALTAGRACIA MORA SORIANO	X			X									
11	22301161471	CARINA MORILLO VALENZUELA	X			X									
12	40223365459	ISAURA PAULINO VARGAS	X			X									
13	02800189181	CARMEN ALICIA PEÑA MELO	X			X									
14	40223945874	RACHELLE ELIANY PRESINAL MEJIA	X			X									
15	093000540011	GLENIS QUEZADA PAULINO	X			X									
16	40211758236	ELIANY ESTHER RAQUEL BAEZ	X			X									
17	00110604261	DOMINGA RINCON	X			X									
18	02300263577	ENILDA JEANNETTE SANCHEZ REYES	X			X									
19	40219888852	ROSELYN SANTANA MARTES	X			X									
20	09000096694	MARIA YOCELINA SEVERINO CONCEPCION	X			X									
21	00118475656	MARTINA SOLIS DE LA CRUZ	X			X									
22	40233204425	RAQUEL ALTAGRACIA SORIANO MARTINEZ	X			X									
23	40209449095	RUTH ESTHER VALDEZ	X			X									
Total			18	5	6	17									



Observaciones:
 Legenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado, C = Califica N/C = No califica
 Firmado: _____
 Asesor(a) _____
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto. _____
 Certificado: Físico Web

Humanización de los Servicios de Salud 14/3/2024





REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 2024070071Z
 Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 24/01/2024
 Fecha de Término: 24/01/2024
 Horario: Miércoles
 08:00-01:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

Facilitador(a):
 AUDREY RAFAELINA REYNOSO VARGAS

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellidos	Sexo			Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MMIG								
1	10400252739	DIANA BAEZ DIONICIO	X		X									C
2	00116386343	MARIANELA BAEZ MONTERO	X			X								
3	00113103279	ALEXANDRA BELEN DE LOS SANTOS	X		X									
4	40221413614	IRCANIA GLOBEL CLASE RAMIREZ	X			X								
5	40228893685	JESUS NEFTALI CUSTODIO CORDERO			X									
6	06500372984	KATHERINE BEATRIZ DE LA CRUZ PAYANO	X			X								
7	01001129194	WILLIAMS CESAR DE LEON BELTRE			X									
8	22500295070	YUDITH ECHAVARRIA VALDEZ	X			X								
9	40222995363	JOSE ARMANDO GARCIA DELGADO			X									
10	09600274121	ANDERSON GARCIA VARGAS			X									
11	22300743253	MANUEL ANTONIO HERASME ROSA			X									
12	00117629998	JACQUELINE LUCIANO MONTERO	X			X								
13	22400471391	EDER RODRIGO MATOS GONZALEZ			X									
14	00201274016	KARIMARIEN MONTAÑO JIMENEZ	X			X								
15	00101736270	JEANNETTE MONTILLA	X			X								
16	40222880334	ARMANDO ROBINSON MOYA			X									
17	00118853712	YASSIEL ALTAGRACIA MOYA WIRMON	X			X								
18	00117008680	VICTOR PERALTA CUEVAS			X									
19	40200494777	DARIEN ADRIEL PERALTA SERRANO			X									
20	40222187201	ANANYELIS PAOLA RODRIGUEZ SANCHEZ	X			X								
21	40221873801	CARLOS FEDERICO SCHIRLS MOLINA			X									
22	00115058026	HIL DELISA MARIA SEGURA MERCEDES	X			X								
23	01001114766	KIABET DIDANIA SORIANO ESTEPAN	X			X								
24	40225456009	ADERSON SUAREZ SANCHEZ			X									
25	07500071688	YECENIA VICENTE MONTERO	X			X								
Total			14	11	15	10								



Observaciones:

Instructivo de llenado del RT-47-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.

Facilitador: Se escribe el nombre del Facilitador que imparte 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

Horario: Se escribe el horario en que se ejecutará la acción formativa. Ej. 8:00 a.m. - 12:00 m.

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 descada por la empresa, es decir, si quiere certificado fisico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

Humanización de los Servicios de Salud 24/01/2024

