	Informe de Avances SISMAP Salud	Documento No.: INAP-FOF-029
		Fecha de emisión: 03/07/2024
		Fecha de revisión: N/A
		Versión: 01
Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas		

Institución: CECANOT **Fecha:** 25/10/2024

Responsable: Emelin Martinez De La Cruz **Correo Electrónico:** emelin.martinez@cecanot.com.do

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Inducción a la Administración Pública I	Marzo	Logrado	
2	Identificación, Análisis, Diseño y documentación de proceso.			
3	Gestión de Calidad en la Administración Pública aplicado al CAF			
4	Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio.			
5	Seguridad industrial y Salud Ocupacional	Marzo	Logrado	
6	Humanización de los Servicios de Salud	Abril	Logrado	
7	Ortografía Y Redacción			
8	Manejo de estrés Laboral			
9	Habilidades Gerenciales	Junio	Logrado	
10	Inteligencia Emocional			
11	Contabilidad de costo			
12	Primeros Auxilios			
13	Trabajo en Equipo			

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
15

Programas Logrados
4

% de avance
27

14	Liderazgo			
15	Manejo de Personal			



Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello





Contraparte de la Empresa

Compañía

Facilitador(a)

Andrés Guerrero V.

Asesor(a)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.

Observaciones:

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

Certificado: Físico

Web

	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	Total
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	39
MARIANELA PEREZ RAMIREZ																	8
GLENNY ANTONIA POLANCO MONTILLA																	43
LUISA EMILIA RADNEY FIGARO																	4
JOENY STEFFANIE REYES BELTRAN																	
JOENY STEFFANIE REYES BELTRAN																	
DEYANIRA REYES GROSS																	
INOENCIA ROSARIO ROBLES																	
YOHANY ALTAGRACIA SANABIA ALCANTARA																	
SANTA GENOVEVA SANCHEZ VALDEZ																	
CARLOS GERALDO SEGURA COLLADO																	
INOENCIA SUSANA JIMENEZ																	
PATRICIA FERNANDA TEJEDA GOMEZ																	
YUDERKA VALENZUELA LUCIANO																	
CARMEN JULIA VENTURA																	
BIBIAN ALEJANDRINA VIZCAINO ALMONTE																	
HERIKA ESPERANZA YULI RODRIGUEZ																	
MANUEL ALEJANDRO ZAYAS BONILLA																	

Maria Patricia

JOENY REYES

INOENCIA

YOHANY

YUDERKA

CARMEN

BIBIAN

MANUEL

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 Período.

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 coquejo 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:

METROPOLITANA

Nombre de la Empresa o Institución:
CIUDAD SANITARIA LUIS E AYBAR

Nombre de la Capacitación:
HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Objetivo de la Capacitación:
DOTAR A LOS PARTICIPANTES DE LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS Y PRÁCTICAS DEL EQUIPO DE SALUD EN EL CAMPO DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE LE PERMITA MODIFICAR Y MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO

Población Entocada:
PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA, LABORATORIO, TÉCNICO Y SERVICIOS GENERALES

Contenido de la Capacitación:
DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD
CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
PUNTOS A TRABAJAR PARA LOGRAR UN SERVICIO DE SALUD HUMANIZADO

Carga Horaria: 8 HORAS

Perfil del Facilitador:
MÉDICO FAMILIAR, DOCENTE UNIVERSITARIA, GERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
CAPACITADA EN GESTIÓN, HUMANIZACIÓN, CALIDAD, BIOSEGURIDAD Y
TEMAS RELACIONADOS

Recursos Didácticos y Logísticos:
LAPTOP, PROYECTOR, LAPIZ, PAPEL, MEMORIA USB, BOCINAS, MICROFONO Y REFRIGERIO

Firma Contraparte de la Empresa y Fecha
[Firma] 22/04/2024

Firma Facilitador(es) y Fecha
[Firma]

Firma Asesor y Fecha



INFORME

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.



Nombre de la Actividad:

Curso humanización de los servicios de salud

Área Responsable:

Recursos humanos

 Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Fecha: 26/04/2024

Hora: 9:00 AM

Lugar/Plataforma: Salon de conferencias 1er piso

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Simone de la Cruz	F	001-1594944-2		Cecanot	Simone de la Cruz	829-924-9706
Dra. Evelisse Monte P.	F	001-096040-4	Enc. O. de la	Cecanot / Enfermería	Dra. Juete	809-969-6942
Edward F. Romas	M	402-473367-6	Tec. OAI	Cecanot	EFRR	041@Cecanot.com DO
Bibion A. Vizcaino	F	0011678396-0	Auxiliar	Cecanot	Bibion Vizcaino	hibianvizcaino1909@gmail.com
Luzia Rodriguez Figueira	F	001-0292311-3	Asesora	Cecanot	Luzia Rodriguez	950-865-5345
Esmeralda Gonzalez F.	F	082-0015944-5	Asesora	Cecanot	F.C.F.	829-793-3155
Laura Monte Polanco	F	002-0103296-8	Enc. de O. de la	Enfermería (Cecanot)	Laura Monte	809-849-1946
Altagracia de la Cruz	F	054-0076664-7	Asesora	Enfermería	Altagracia de la Cruz	829-262-2701
Rosa Estela Felix Perez	F	022001044-0	Enfermera	Cecanot	Rosa Felix	809-769-1608
Nancy Cruz Espinoza	F	049-0064491-9	Enfermera	Cecanot	Nancy Cruz	809-559-2402
Wendy Pineda	M	018-0059331-9	Asesora	Cecanot	Wendy Pineda	809-350-3520
Immaculada Suarez Juncos	F	048-0042402-2	Asesora	Cecanot	Immaculada Suarez	809-781-2757
Immaculada Rodriguez	F	0010324232-7	Enc.	Enfermería (Cecanot)	Immaculada Rodriguez	829-865-5965
Rassy Naira Quizada	F	001-006653-7	Técnica	Cecanot	Rassy Naira	829-920-6768
Traylis Acosta	M	402-3740226-3	Asesora	Cecanot	Traylis Acosta	829-872-9212
Keisha Alt Medina	F	001-1951355-4	Asesora	Cecanot	Keisha Alt	829-388-9128

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Ingeles Maria Calderon	F	001-1549441	Asesora (Cecanot)	Cecanot	Ingeles Calderon	849-883-6462
Soenit Steffanie Reyes	F	402-2969133	Cooperadora	Cecanot	Soenit Reyes	829-524-5973
Loraisy M. Lora	F	407-2771299	Asesora	Cecanot	Loraisy M.M.	loraisy.wendler@cecanot.com
Manuel Aquino	M	402-292053	Asesora	Cecanot	Manuel Aquino	manuellaquino@cecanot.com
Florida De la Cruz	F	001-1482687	Asesora	Cecanot	Florida De la Cruz	floridadelacruz@cecanot.com
Yiloris Yasmín Abreu	F	223-0044968	Asesora	Cecanot	Yiloris Abreu	224-753-7359
Wilton Martínez	M	002-0124561	Entrenador	Cecanot	Wilton M.	829-1118-3393
Manuel Lazo	M	223-0077062	Asesora	Cecanot	Manuel Lazo	829-957-0564
Roskarlyn Mateo	F	402-2288685	Asesora	Cecanot	Roskarlyn Mateo	809-698-1053
Raquel Pinares	F	07-0593993	Asesora	Cecanot	Raquel Pinares	829-921-5850
Yuliana Kavalayuta	F	017-0014675	Asesora	Cecanot	Yuliana Kavalayuta	829-389-2858
Rosay Elyza Pérez	F	027001644	Asesora	Cecanot	Rosay Elyza	809-769-1605
Maret Cely Espinal	F	018-0064491	Asesora	Cecanot	Maret Cely	809-858-2402
Yuzmael Suban	F	048-0042902	Asesora	Cecanot	Yuzmael Suban	809-791-2757
Imasencia Pagan	F	001-9324232	Asesora	Cecanot	Imasencia Pagan	809-550-5520
Rosay Maitro Cruzado	F	16-0006653	Tecn.	Cecanot	Rosay Maitro	829-865-5565
Cecilia Hernández	F	001-1735715	Asesora	Cecanot	Cecilia Hernández	829-980-6768
Santa Sanchez	F	001-1790024	Asesora	Cecanot / enfermera	Santa Sanchez	809-471-8958

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Código de la Acción de Capacitación: 20240708722

Nombre de la Acción de Capacitación: HABILIDADES GERENCIALES

Institución / Empresa:

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL

Fecha de Inicio: 11/06/2024

Fecha de Término: 11/06/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado		
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC
1	00107535395	ROMAN ERNESTO AQUINO ECHAVARRIA		X	X		<i>Roman</i>							
2	22301049833	BLANCA YASMEL BELTRE SUERO	X			X	<i>Blanca</i>							
3	00113013676	GLENNYS CALDERON CASTILLO	X		X		<i>Glennys</i>							
4	00104922539	RUT MERIZ CARABALLO GARO	X			X	<i>Rut Meriz</i>							
5	04800644918	YANET CERI ESPINAL	X		X		<i>Yanet Ceri</i>							
6	00111888624	BLAS ANDRADE CRUZ DURAN		X		X	<i>Blas</i>							
7	40221530336	YOJANY DE LEON ALCANTARA	X		X		<i>Yojany</i>							
8	00103935037	MARIA RAFAELA DISLA PEREZ	X		X		<i>Maria Disla</i>							
9	08700198917	MARIELA ALTAGRACIA DURAN	X		X		<i>Mariela D.</i>							
10	00109879338	DORA MILAGROS EDUARDO SANTOS	X		X		<i>Dora Milagros</i>							
11	01000462737	RICHAL JOSE GALVAN GUERRERO		X	X		<i>Richal Galvan</i>							
12	00112268446	KEITER ESCANIO GARCIA GONZALEZ		X	X		<i>Keiter Escanio</i>							
13	00117875153	LISSET TERESA AURORA GARCIA HERNANDEZ	X		X		<i>Lisset</i>							
14	00102013489	CARLOS HERIBERTO GARCIA LITHGOW		X		X	<i>Carlos</i>							
15	22500390301	EUNICE GONZALEZ BELEN	X			X	<i>Eunice</i>							
16	00102543907	RAMON GRACIANO ACEVEDO		X	X		<i>Ramon</i>							
17	00105723449	ESTEVANIA GUZMAN GARCIA	X			X	<i>Estevania</i>							
18	00117357152	MARIA CECILIA HERNANDEZ SABA	X		X		<i>Maria Cecilia</i>							
19	00104074216	MARIA NIEVE JIMENEZ AQUINO	X		X		<i>Maria Nieve</i>							
20	00200086403	SARAH JIMENEZ DE LOS SANTOS	X			X	<i>Sarah Jimenez</i>							
21	00112042999	OSVALDO LEBRON SANTOS		X	X		<i>Osvaldo</i>							
22	40220528372	MELVYN ERNESTO LIBURD GALVA		X	X		<i>Melvyn</i>							
23	06100221438	GLADYS LOPEZ GOMEZ	X			X	<i>Glady Lopez</i>							
24	00103966404	ANA IVELISSE MARTE PAREDES	X			X	<i>Ana Ivelisse</i>							
25	00201032968	LAURA MARTE POLANCO	X			X	<i>Laura Marte P.</i>							
26	40226465165	EMELIN MARTINEZ DE LA CRUZ	X		X		<i>Emelin</i>							
27	00117005439	GUIDY STEFANY MORETA PICHARDO	X		X		<i>Guidy Moreta</i>							
28	40224191425	JENNIFFER MICHELLE MORONTA SANTOS	X		X		<i>Jennifer</i>							
29	09300075885	CARMEN YOSELIN NOVA VALDEZ	X		X		<i>Carmen Nova</i>							
30	00102961042	CRISTINA ANTONIA PAULINO DE EVERTZ	X		X		<i>Cristina</i>							

32	00201373859	YOMAIRA PEREZ PEREZ	X				X													
33	00112805122	BETTY IVELISSE PIERALDI EUSEBIO	X		X															
34	00111404596	RAFAEL DARIO PION BENGUA		X	X															
35	00111321568	CLETO RAFAEL RAMIREZ PENSO		X	X															
36	01100308038	ELSA JULIA ROA MONTILLA	X		X															
37	00103242327	INOSENCIA ROSARIO ROBLES	X		X															
38	00101637643	ELVA ELINOR SANCHEZ BARET	X		X															
39	00118235865	JOSE MIGUEL SOSA DE LA CRUZ		X																
40	04800424022	INOSENCIA SUSANA JIMENEZ	X																	
41	22400310185	PATRICIA FERNANDA TEJEDA GOMEZ	X		X															
42	40200696231	ROSALBA TRONCOSO LEON	X																	
43	40235934573	MISKEL Y UREÑA PEGUERO	X																	
44	00108060732	FELICITA ALTAGRACIA VALERA RAMIREZ	X		X															
45	00100254804	JORGE LUIS VALERIO VARGAS		X																
46	00101377323	GREGORIA VALLEJO PEREZ	X		X															
47	00105200285	FRANCISCO JOSE VILLABRILLE MENDEZ		X																
Total			34	13	30		17													

Observaciones: PRESENCIAL

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

Certificado: Físico Web

Contraparte de la Empresa Combinación Facilitador(a) Alba Ruiz Asesor(a) _____ 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 Período.

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 cotejo 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 fisico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcara con una X en el recuadro Web.



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:
CENTRAL

Nombre de la Empresa o Institución:
CECANOT

Nombre de la Capacitación:
HABILIDADES GERENCIALES

Objetivo de la Capacitación:
Conocer competencias gerenciales propias de un líder, que permita integrar grupos de personas para ser un agente de cambio dentro de una organización.

Población Enfocada:
MANDOS MEDIOS

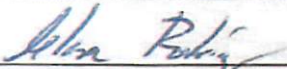
Contenido de la Capacitación:
Definiciones sobre Liderazgo, rol y cualidades del líder, que hay entre tú y tu grandeza, de víctima a responsable, creencias limitantes, principios del líder, los 4 acuerdos de Miguel Ruiz y comunicación efectiva y asertiva.

Carga Horaria: 8 HORAS

Perfil del Facilitador:
Profesional o técnico del área con experiencia laboral y docente.

Recursos Didácticos y Logísticos:
Pantalla, marcadores, hojas, mesas y sillas, estudio de caso, herramientas de foto terapia y actividades de integración dentro del salón.


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha

Nombre de la Actividad: Habilidades Gerenciales

Área Responsable: Recursos Humanos.- Fecha: 11/06/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial Hora: 9:00 Am

Lugar/Plataforma: Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (Cecanot)

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Emelin Martínez	F	40226468165	Coordinadora	RR-HH	[Firma]	829-241-4605
Georgette Hernández	F	001-735715-2	Enc.	Atención al usuario	[Firma]	829-471-8958
Elsa Julia Peña	F	011-002803-8	Enc.	farmacia	[Firma]	829-471-1471
Rosalba Troncoso	F	402-0069623-1	Sec	RR-HH	[Firma]	809-778-0969
Yelony Di Leo	F	402-21530336	Anatista	RR-HH	[Firma]	809-669-0779
Abel L. Valdes	M	00100254804	ENC. est.	Estrategia, cecanot	[Firma]	829-471-3184
Marlene Duran	F	087-0019891-7	Enc. Adm	Admission	[Firma]	829 801 7594
Dora Fajardo	F	829-905-2023	Enc.	Laboratorio	[Firma]	829-905-2025
Maria Salome Perez H	F	906-0073414-8	Enf. ND	Enfermeria	[Firma]	829-846-6847
Yamaira Pese	F	001-01343857	ENC	Administración	[Firma]	829-471-1376
Francisco Valdes	M	001-062020-5	Enc	Comunicación	[Firma]	829-471-8900
Estelina Serrano	F	001-0572344-9	Enc	Servicio Médico	[Firma]	829-292-9538
Melany Lebrun	M	402-2052337-2	Enc	mantenimiento	[Firma]	809-993-8303
Rosario Aguado	M	001-0733529-3	Asista. Adm	Atención al usuario	[Firma]	829-471-6901
James Cruz	M	829 873-1473	Asista	Seguridad	[Firma]	829.873-1473

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
 - Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Fátima Valera	F	001-092073	Enferm	Servicio focal	[Firma]	Cecanot
José Aguilar	M	001-18235605	Emc.	Archivos clínicos	[Firma]	Archivosclinicos@cecanot.org
GUANCO BRATA	M	004002202	Emc.	Unicef/Genecol	[Firma]	
Glennys Calderón	M	001-12768446	Coordinal	Hemodinamia	[Firma]	Glennys Calderón@gmail.com
Richard Galvan	M	010-0046273-7	Sub-director	Cecanot	[Firma]	richard.galvan@yahoo.com
Lisset García	F	001-1789515-7	ORL	ORL	[Firma]	lissetgarcia@cecanot.com.ec
Glennys Calderón	F	001-1301367-6	Coord. consultorio	Cecanot	[Firma]	Glennyscalderon@gmail.com
Laura María Planca	F	002-0103296-8	Vic-radiol	Enfermería	[Firma]	LauraMaríaPlanca@hotmail.com
Manuel Quiroz Espinoza	F	049-0064491-9	Coord. Adm.	Enfermería	[Firma]	manuelquiroz@gmail.com
Rita Caraballera	F	001-0492535	Enferm	Cecanot - Otorrinolaringología	[Firma]	ritacaraballera@hotmail.com
Betty Peraldi	F	001-12805122	Emc.	Planificación y Contratación	[Firma]	betty.peraldi@cecanot.com.ec
Roberto A. Pineda	M	010-118866-7	V. Adm.	CECANOT	[Firma]	09-471-8702
María Susana Pineda	F	048-0042402-2	Emc.	Cecanot	[Firma]	809-781-2757
Cinice González	F	22500390301	Emc.	Planificación	[Firma]	829-471-6913
Shirley Pineda	F	002-0008640-3	Emc.	Enfermería	[Firma]	829-731-3251
SALAS D. TIVIO	M	001-1140451-6	HEMODO	Hemodinamia	[Firma]	Cecanot
Guillermo Mejía	F	001-1700543-9	Sub-director	Cecanot	[Firma]	849-2271906
Laura Susana Utrilla	F	001-049000-1	Emc. ORL	Cecanot / Enfermería	[Firma]	809-909 6909
Carolina Trujillo	F	093-0075885	Emc.	Cecanot / Anestesiología	[Firma]	8093459832
Pamela DE LA CRUZ	F	402-22324515	Anestesiología	Cecanot / Anestesiología	[Firma]	ELIZABETH-g-@hotmail.com 8292735942

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Nombre de la Actividad: Habilidades Gerenciales

Área Responsable: Recursos Humanos.- Fecha: 11/06/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial Hora: 9:00 Am

Lugar/Plataforma: Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (Cecanot)

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
DR. RAMON GRACIANO A	M	001-0254390-7	Jef. Serv. U.	Oftalmología - Cecanot	[Firma]	nomar.2908@hgt.mvil.com
[Firma]	F	002-0008640-3	[Cargo]	Enfermería	[Firma]	829-731-3251
[Firma]	F	001-0346600-4	En. Ox	Cecanot	[Firma]	809-969-0947
[Firma]	F	204-0031014-5	Epidemiol.	Enfermería	[Firma]	819-589-4551
[Firma]	F	001-0346600-4	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	809-383-4156
[Firma]	F	001-2393524-2	[Cargo]	Epidemiología	[Firma]	819-647-2619
[Firma]	F	017-0014695-4	[Cargo]	Enfermería	[Firma]	829-389-2858
[Firma]	M	001-0753131-1	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	829-471-6901
[Firma]	M	001-1170395-0	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	829-873-1473
[Firma]	F	048-0044020	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	809-781-2757
[Firma]	F	001-1188562-0	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	829-471-8947
[Firma]	F	001-1280512-1	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	829-471-3138
[Firma]	F	001-187515-3	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	ccc@ccc-mt.com.bo
[Firma]	F	001-0137732-3	[Cargo]	[Institución]	[Firma]	829-584-9441/829471-6902

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
 - Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

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.