



Institución: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAFAEL CASTRO
 Ministerio al que pertenece SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS)
 Provincia SANTIAGO Municipio SANTIAGO
 Sector Gestión Pública Municipal Salud
 Cuenta con aulas para la capacitación? SI No

Fecha: 31/10/2023

No.	Departamento requirente	Tipo de programa	Programa de Capacitación	Modalidad	Competencia a desarrollar	Cantidad de participantes sexo Femenino	Cantidad de participantes sexo Masculino	Cantidad total de participantes	¿Cuántos pertenecen a carrera administrativa?	Grupo ocupacional al que pertenece	Mes de Ejecución	Proveedor: Instituto Nacional de Administración Pública	Aporte unitario	Aporte total del programa
		#NAME?			#NAME?			0		#NAME?		#NAME?	#NAME?	#NAME?

Capacitaciones Dirigidas a Otros Proveedores

No.	Departamento requirente	Tipo de programa	Programa de Capacitación	Modalidad	Competencia a desarrollar	Cantidad de participantes sexo Femenino	Cantidad de participantes sexo Masculino	Cantidad total de participantes	¿Cuántos pertenecen a carrera administrativa?	Grupo ocupacional al que pertenece	Mes de Ejecución	Proveedor:	Aporte unitario	Aporte total del programa
1	Todas las areas	Taller	Inteligencia Emocional	Presencial	Control De las Emociones	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Primer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
2	Todas las areas	Taller	Comunicación Efectiva/	Presencial	Eficiencia del desempeño	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Primer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
3	Todas las areas	Taller	Planificación Estratégica en la Gestión Pública	Presencial	Eficiencia Los Procesos	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Primer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
4	Todas las areas	Taller	Habilidades De Liderazgo	Presencial	Liderar Con el Ejemplo	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Segundo trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
5	Todas las areas	Taller	Responsabilidad Laboral	Presencial	Compromiso/ responsabilidad	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Segundo trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
6	Todas las areas	Taller	Motivación y Trabajo en Equipo	Presencial	Integridad/ Respeto	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Segundo trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
7	Todas las areas	Taller	Ética, Deberes y Derechos del Servidor Público	Presencial	Conciencia Social	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Tercer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
8	Todas las areas	Taller	Cumplimiento De Normativas	Presencial	Conciencia Social	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Tercer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
9	Todas las areas	Taller	Manejo de la Relaciones Interpersonales	Presencial	Flexibilidad/	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Tercer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
10	Todas las areas	Taller	Promoción y Prevención de Salud	Presencial	Eficiencia en la Calidad	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	cuarto trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
11	Todas las areas	Taller	Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio	Presencial	Empatía/Calidad del Servicio	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	cuarto trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
12	Todas las areas	Taller	Prevención De Riesgo	Presencial	planificación y Conocimientos de los procesos.	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	cuarto trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00

Elaborado por *[Firma]*

Revisado por responsable de Recursos Humanos *[Firma]*

Aprobado por máxima Autoridad *[Firma]*



Informe Trimestral de Ejecución del Plan de Capacitación

Nomenclatura: INAP-FAC-003

Tipo: Formulario

Versión: 2

Vigencia: 22/11/2019

Fecha: 30 de Septiembre 2024

Institución: HOSPITAL DR RAFAEL CASTRO

Trimestre correspondiente: JULIO-SEPTIEMBRE

Capacitación Programada	Área Requiriente	Conocimientos/ Competencias a desarrollar o fortalecer	Capacitaciones Ejecutadas	Cantidad Participantes Género Femenino	Cantidad Participantes Género Masculino	Cantidad de Participante	Costo Estimado por Participante	Costo Total
PLANIFICACION ESTRATEGICA EN LA GESTION PUBLICA	AREAS ADMINISTRATIVAS	EFICIENTIZAR LOS PROCESOS	EJECUTADO	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
RESPONSABILIDAD LABORAL	TODAS LAS AREAS	COMPROMISO/RESPONSABILIDAD	EJECUTADO	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
CUMPLIMIENTO DE NORMATIVAS	TODAS LAS AREAS	CONCIENCIA SOCIAL	REPROGRAMADA	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
ETICA DEBERES Y DERECHOS DEL SERVIDOR PUBLICO	TODAS LAS AREAS	CONCIENCIA SOCIAL	EJECUTADO	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
TOTAL							RD\$12,000.00	



Mercedes Artiles Veturra

Mercedes Artiles Veturra.
Encda. Recursos Humanos

Firma y sello



NOMBRE ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAFAEL CASTRO
Dirección O Departamento: RECURSOS HUMANOS

Fecha 30/9/2024

Tema actividad:

HDRC 3.2.1.1.01 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN CAPACITACION 2024

Cuerpo

El Hospital Municipal Dr. Rafael Castro elaboro el plan de capacitación 2024, en el mismo se planifico realizar 12 capacitaciones distribuidas en cuatro trimestres. En el trimestre **Julio-septiembre** habiamos pautado realizar las siguientes capacitaciones:

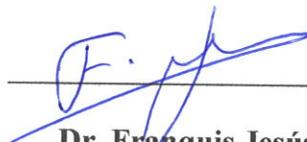
1. Ética y deberes y derechos del servidor publico
2. Cumplimiento de las Normativas
3. Planificación estratégica en la Gestión Publica
4. Responsabilidad Laboral

De las capacitaciones establecidas para este trimestre, fueron ejecutadas **Planificación Estratégica en la Gestión Publica y Responsabilidad Laboral** fueron impartidas en el mes de agosto, y estaban planificadas según el plan de capacitación en el primer y segundo trimestre.

Mientras que **Ética deberes y derechos del Servidor Público** se impartió en el mes de septiembre la cual estaba planificada para este trimestre. Por tanto, la capacitación **Cumplimiento de las Normativas** se reprograma para el cuarto trimestre.



Licda. Mercedes Artilles Ventura
(Encargada de Recursos Humanos)



Dr. Franquis Jesús Jiménez
Dirección Hospital



Nombre de la Actividad: CAPACITACION PLANIFICACION ESTRATEGICA EN LA GESTION PUBLICA HDRC3.2.1.1.01

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 7/8/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 9:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS HOSPITAL DR. RAFAEL CASTRO

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Claribel P. Ponce	F	031-00544320	Sub Directora Ejecutiva de Recursos Humanos	Enfermería	[Firma]	claribel.ponce@hospcastro.com
Kenia Ponce	F	031-03032458	Tronco de control	Compras	[Firma]	kenia.ponce@hospcastro.com
Josely Rodríguez	F	402-2080002-6	Tronco de control	Arturo Figueroa	[Firma]	joselyrodriguez@gmail.com
Deisy Jiménez	F	007-00252358	En. Inf.	Administración	[Firma]	deisyjimenez@gmail.com
María Cristina López	F	031-00207425	Enfermera	Enfermería	[Firma]	maricristinalopez@gmail.com
Claudia Espallón	F	031-00949464	En. Obst	Obstetricia	[Firma]	claudiaespallon@gmail.com
Raquel Ortega	F	402-241622-7	Farmacia	Farmacología	[Firma]	raquelortega@gmail.com
Gloria Delgado	F	11700037689	GUJECOR	Gerencia	[Firma]	gloriadelgado@gmail.com
Dagmar del Carmen	F	031-03173633	Contable	Contabilidad	[Firma]	dagmar@gmail.com
Maria E. Santoro	F	031-010493-3	En. Física	Planificación y Desarrollo	[Firma]	mariaesantoro@gmail.com
Maria M. Alford	F	031-04441819	Enf.	Contabilidad	[Firma]	mariaalford@gmail.com
Marcedes Antón	F	037-0065858	En. RN	Recursos Humanos	[Firma]	marcedesanton@gmail.com
Amara Lora	F	03104182625	Analista	Calidad	[Firma]	amara.lora@gmail.com
Agustina de la Cruz	F	031-004642-3	Distal	Gerencia de Servicios de Salud	[Firma]	agustina.de.la.cruz@gmail.com
Barbara Dalmonte	M	0310101129-8	En. Pi	Enfermería	[Firma]	barbaradalmonte@gmail.com
Yubonea X. Niñez	F	031-01025421	Enf.	Administración	[Firma]	yuboneaxniñez@gmail.com

*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.



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 2624D10009
 Nombre de la Acción de Capacitación: PLAN DE MANEJO EST. PARA LA CALIDAD
 Institución/ Empresa: SEVICIOS AEROPORTUARIOS DE SANTIAGO
 Facilitador(a): MARIA C. PARRAS

Fecha de inicio: 21/08/2024
 Fecha de término: 21-08-2024
 Horario: 8:00 AM - 4:00 PM
 Total Horas Programadas: 16 A pagar: 16

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO			NIVEL			FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado
			F	M	OT	MM/G	MM/G	MM/G							
1	0310444919	Collado, Rhiva	X			X									X
2	0310107393	Saúl, María K.		X		X									X
3	0310101298	Del Monte, Carlos		X		X									X
4	0310025235	Dominiquez, Dany			X										X
5	0310418262	Luna P, Reunida			X										X
6	0310303269	González, Keyla			X										X
7	0310208022	Robles, Josselyn			X										X
8	0310594946	Espartero, Claudia			X										X
9	0310388983	Robles, María			X										X
10	0310604429	Trujillo, Kevin			X										X
11	4022164927	Ortega, Daniel			X										X
12	0310020797	Valencia, José			X										X
13	1170003768	Valencia, Gladys			X										X
14	310246723	De la Cruz, Agustina			X										X
15	4023603402	Delgado, Yanira			X										X
16	0310317363	Carrales, Daniela			X										X
17	4021917951	García, Julia			X										X
18	0310108542	Núñez, Yurica			X										X
19	0370018595	Reinos, Mercedes			X										X
20															
21															
22															
23															
24															
25															
Totales			10	3		19									19

Legendas: F= Femenino, M= Masculino, OT= Operario, MM= Mandatarios
 Certificado físico Act
 OBSERVACIONES: por cambio de horario



Contratante de la Empresa: Maria C. Parras
 Facilitador(a): Maria C. Parras
 Asesor(a): Maria C. Parras
 Encargado(a) de División o Depto.: Maria C. Parras

Celso Leguina de Brachos → Jefe de Serv. Hum.
 Mercedes Reinos → Jefe de Serv. Hum.

Instructiva 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 nómina 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 físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

INFOIEP	
DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS	
27/09/2014	FECHA DE ENTRADA
3/10/2014	FECHA DE SALIDA
40	NO. DE PARTICIPANTES
44	NO. DE ASISTENTES
44	NO. DE CERTIFICADOS
44	NO. DE DESCARGAS
44	NO. DE OTROS
44	NO. DE OTROS



Capacitación planificación Estratégica

Agosto
2024

Nombre de la Actividad: CAPACITACION DE RESPONSABILIDAD LABORAL HDRC 3.2.1.1.01

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 14/8/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 10:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS HOSPITAL DR. RAFAEL CASTRO

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Ta. Evelyn Delmonte	M	031-01011248	EPI	Dr. Rafael Castro		809-910-3832
Esther Jaramilla Rojas	F	402-3969094-0	EST. Enf	Urea		809-991-0866
DEYERIS KOLOM	F	403-23868221	Q:000150	LABORATORIO		809-7567773
ROSA M. JARAMILLA	F	047-00222358	Enfermera	Regeneración		809 209 2048
Maribel Yvelin (Bañal)	F	047-2023701	3.0000016	LABORATORIO		809 249-4173
Enac Carolina Nizichell	F	031-0050855-1	Secretaria	LABORATORIO		849-881-3167
Kelye Denny (D-)	F	031-03032648	Compens	Compens		809-914-4496
Indrial Gonyas	F	031-0371888-2	Empedura	Vacuna		809-979-8730
Yvelin S. Jaramilla	F	031-04135658	Enfermera	Hospitalización		849-405-5895
Lic. Etibel Padron	F	016-0018898-9	di. Chm.	Enfermería Emergencia		829 827-5566
Glenn Valerio	F	119-00037689	Quelera	Camarcas		849-925-1529
Karine Almonde Lugo	F	402-1165667-9	Promotora	Tuberculosis.		809-910-3454
Thina M. Calles	F	031-04441815	ONG	Actividad Alumnos		849-879-4538
Yvonne R. R.	F	051-0456337-7	Farmacé	FARMACIA		809-363-3322
Rafael Ortega	F	402-216422-7	Farmacé	FARMACIA		809-886-9244
Luzia Padilla	F	046-0022671	Farmacé	Química		809-9613771

*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







REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

IT-07-PT-ONA-0402023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación:
Nombre de la Acción de Capacitación:
Institución/ Empresa:
Facilitador(e):

20231010209
República de Costa Rica
Hospital Militar de Costa Rica
Hospital Militar de Costa Rica

Fecha de inicio:
Fecha de término:
Total Horas Programadas:

10/10/23
10/18/23
8

A pagar

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO			NIVEL	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado
			F	M	OP								
1	40339 69 091 0	ESTEBAN / BARRERA	X										C
2	031 0101129 B	CARLOS ALVARO	X										C
3	40339 38 006 24 1	DEVER NIQUIRO	X										C
4	017 0033 741 1	ANDREA V. TORREAL	X										C
5	031-0050950 1	GRECIA C. REYES	X										C
6	047 00252 258	DAISY BARRERA	X										C
7	031-0303344 9	RAFAEL GONZALEZ	X										C
8	902-278422-3	RODOLFO GONZALEZ	X										C
9	031-054665-2	IVAN GONZALEZ	X										C
10	031 00255 229 0	ELIANA GONZALEZ	X										C
11	031-0102899-3	YANET P. SANTIAGO	X										C
12	403-1165662-9	YANET ALVARO LEON	X										C
13	7300482625	YANET YANET PUELLA	X										C
14	031 041 39 64 3 8	YANET YANET PUELLA	X										C
15	031-0544481-7	YANET YANET PUELLA	X										C
16	016 0018808-B	YANET YANET PUELLA	X										C
17	117-00038689	YANET YANET PUELLA	X										C
18	031-0045733-3	YANET YANET PUELLA	X										C
19	031-00465955	YANET YANET PUELLA	X										C
20	402-2080002-0	YANET YANET PUELLA	X										C
21	031-0027674-7	YANET YANET PUELLA	X										C
22													C
23													C
24													C
25													C
Totales			20	1	1	20							01

Legendas:

Pa = Parametro, Ma = Municipio, Gr = Grupo, W = Mandos Medios, C = Centro, Resuelto, C = Califica, N/C = No califica

Certificado FIRMADO

OBSERVACIONES:



Facilitador(e):
Asesor(a):
Tecnólogo(a) de División o Depto.

Facilitador(e):
Asesor(a):
Tecnólogo(a) de División o Depto.

Instruccion de llenado del RT-07-PT-ONNA-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 subtablas 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 Pásporte, 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, que corresponda.

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.

Resultados: 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.

Certificadas: Se marcará con una X la opción descada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere digital marcará el recuadro correspondiente.





Capacitación Responsabilidad Laboral

Agosto
2024



Nombre de la Actividad: CAPACITACION DEBERES Y DERECHOS DEL SERVIDOR PUBLICO CODIGO: HDRC 3.2.1.10.1

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 27/9/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 09:30AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIA HDRC

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Graciela Pastora Pacheco	F	031-0050255	Secretaria	Administración	[Firma]	899-581-3162
Aracely Esther Gonzalez	F	031-0311448-5	Revisor/a	Administración	[Firma]	Aracely.gonzalez@chilren.cl
Verónica Ponce	F	071-0209720	Asesor/a	OT y Servicios	[Firma]	809-345-4919
Glenn T. Arana Ballester	F	03100049292	Asesor/a	Enfermería	[Firma]	845-876-1980
Angela Lirio	F	031-01126344	Secretaria	Rec. Humanos	[Firma]	829-513-4515
Paula Patricia Topa	F	0310562409	Enfermera	Enfermería	[Firma]	829-219-5020
Angela Vera	F	031-0425335-0	EKG	EKG	[Firma]	829-408-02-04
Graciela Vera	M	031-00207475	Asesor/a	Administración	[Firma]	829-408-02-04
Yara Yegorov Leche	M	031-0324262	Asesor/a	OT y Servicios	[Firma]	849-652-5766
Wanda (García)	F	091-0107893-3	Asesor/a	Administración y Desarrollo	[Firma]	885-717-5187
Elizabeth Saldaña Gálvez	M	402-520290-6	Asesor/a	Enfermería	[Firma]	849-244-7819
Marcelo Rojas	F	002-0076717-6	Asesor/a	Administración	[Firma]	809-516-4272
Antonella P.	F		Asesor/a	Administración	[Firma]	
Romana Milla	F	0310284411	Asesor/a	Administración	[Firma]	829-3070700
Angela Muñoz Basso	F	011-00165914	Asesor/a	Administración	[Firma]	829-677-2280
Lydia de la Cruz P.	F	031-024442-3	Asesor/a	Administración	[Firma]	849-440-3001

*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.

[Firma]



Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-090-2023

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 Programadas: 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 marca con una X 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 /C.

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 total de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

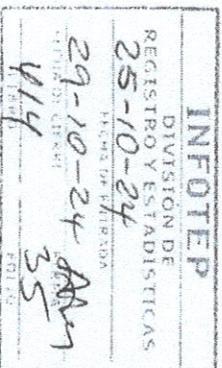
Empresa: Se escribe la firma de la contraparte de la empresa.

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.

Encargado de División o Depto.: El encargado responsable de la división o 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.





Capacitación Deberes y Derechos del Servidor
Público/Motivación y Trabajo en Equipo

Septiembre
2024