



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

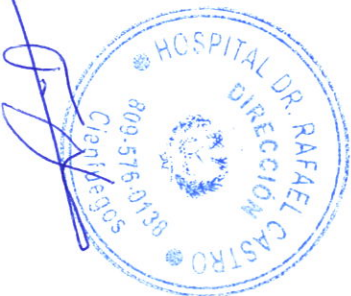
Vigencia: 22/11/2019

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:

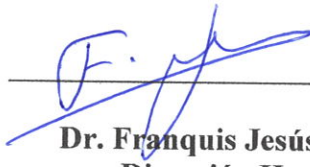
1. Ética y deberes y derechos del servidor publico
2. Cumplimiento de las Normativas
3. Planificación estratégica en la Gestión Publica
4. Responsabilidad Laboral

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 Pineda	F	031-00544392-0	Sub Directora Ejecutiva de Recursos Humanos	Enfermería	[Firma]	claribel.pineda@hospitaldrcastro.com
Kenia Pineda	F	031-03032458	Asistente Ejecutiva de Recursos Humanos	Compras	[Firma]	kenia.pineda@hospitaldrcastro.com
Josely Rodríguez	F	402-2080602-6	Tramite de control	Arturo Figó	[Firma]	joselyrodriguez@gmail.com
Deisy Amargues	F	007-00252358	En. Fis.	Administración	[Firma]	deisyamargues@gmail.com
María Cristina Velázquez	F	031-00207425	Enfermera	Enfermería	[Firma]	maricristinavelazquez@gmail.com
Claudia Espallor	F	031-00949464	Enf. Obst	Obstetricia	[Firma]	claudiaespallor@gmail.com
Raquel Ortega	F	402-241622-7	farmacéutica	farmacia	[Firma]	raquelortega@gmail.com
Gloria Delgado	F	11700037689	GUJECOR	farmacia	[Firma]	gloriadelgado@gmail.com
Dagmar del Carmen	F	031-03173633	Contable	Contabilidad	[Firma]	dagmar@gmail.com
Maria E. Santora	F	031-010493-3	Enf. Física	Administración y Atención al Paciente	[Firma]	mariaesantora@gmail.com
Maria M. Alford	F	031-0444181-9	Enf.	Administración	[Firma]	mariamalford@gmail.com
Marcedes Antón U	F	037-0065858	Enf. RN	Recursos Humanos	[Firma]	marcedesantonu@gmail.com
Amara Lina D.	F	03104182625	Analista	Calidad	[Firma]	amaraalina@gmail.com
Agustina de la Cruz P	F	031-004642-3	Distadora	Recursos Humanos	[Firma]	agustina@gmail.com
Barbara Dalmonte	M	0310101129-8	Enfermera	Enfermería	[Firma]	barbaradalmonte@gmail.com
Yubonea X. Niñez	F	031-0102542-1	ASST	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.



Código de la Acción de Capacitación: **2624D10004**
Nombre de la Acción de Capacitación: **PLANTEAMIENTO EST. EN LA CALIDAD**
Institución/ Empresa: **SEVICIOS AEROPORTUARIOS DE GUAYAMA**
Facilitador(a): **MARINA C. PARRALES**

Fecha de inicio: **21/08/2024**
Fecha de término: **21-08-2024**
Horario: **8:30 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	FECHA	Resultado
			F	M	OT	MM/G	MM/G	MM/G								
1	0310444919	Collado, Rhiva	X			X										C
2	0310107893	SANTOS, MARIA R.		X		X										C
3	0310101298	DEL MONTE, GABRIEL S.		X		X										C
4	0310025235	Dominiquez, DARY			X	X										C
5	0310418262	LUVA P, TEUNICÁ			X	X										C
6	0310303269	Gomez N, KEYLA			X	X										C
7	0310208060	Robles, JOSYBEL			X	X										C
8	0310594946	ESPAÑA, CHARLA			X	X										C
9	0310388983	Robles, MARINA			X	X										C
10	0310604429	TRUJANO, KELVIN			X	X										C
11	4022164927	ORTIZ, RAQUEL			X	X										C
12	0310020797	VALERIO, JOSÉ			X	X										C
13	1170003768	VALDEZ, GLORIAS			X	X										C
14	310246723	De la Cruz, APOSTOLA			X	X										C
15	4023603402	RODRIGUEZ, YANIBOL			X	X										C
16	0310317363	GUARDIA, DEYANIRA			X	X										C
17	4021917951	GUARDIA, JULIA			X	X										C
18	0310108542	MORA, YUBRICA			X	X										C
19	0370018595	BEHIND, MARCELOS			X	X										C
20																
21																
22																
23																
24																
25																
Totales			10	3		19										19

Legendas: F= Femenino, M= Masculino, OT= Operario, MM= Mandatarios, MM/G= Mandatarios, MM/G= Mandatarios, C= Califica
Certificado físico No Sí
OBSERVACIONES:

por cambio de facilitador
Ceballos le muestra de breves los menores modelos
→ fotos bono Ham



Contratante de la Empresa: **MARINA C. PARRALES** Facilitador(a)
Asesor(a): **MARINA C. PARRALES**
Encargado(a) de División o Depto.: **MARINA C. PARRALES**

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
40	40
FOLIO	



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	UTESA		809-991-0866
DEYERIS KOLO	F	403-23868221	Q:000150	LABORATORIO		809-7567773
ROSA M. JARAMILLA	F	047-00222358	Enfermera	Seguro de Salud		809 209 2048
Maribel Yvelin (Bañal)	F	047-2023701	3.000001	LABORATORIO		809 249-4173
Enac Carolina Nishiki	F	031-0050855-1	Secretaria	LABORATORIO		849-881-3167
Kelye Gomez UD-	F	031-03032648	Compens	Compens		809-914-4496
Indrid Gomez	F	031-0371888-2	Empedura	Vacuna		809-949-8730
Selene S. Lopez	F	031-04135658	Enfermera	Hospitalización		849-405-5895
Lic. Etibel Holmón	F	016-0018898-9	di. Clini.	Enfermería Emergencia		829 827-5566
Gloris Valerio	F	119-00037689	Quelera	Camarcas		849-925-1529
Karine Almonde Lugo	F	402-1165667-9	Promotora	Tuberculosis.		809-910-3454
Thina M. Celado	F	031-04441815	Enf.	Clínica de Atención		849-879-4538
Yvonne R.	F	051-0456337-7	Farmacé	FARMACIA		809-363-3322
Yvonne R.	F	402-216422-7	Farmacé	FARMACIA		809-886-9244
Yvonne R.	F	046-0022671	Farmacé	FARMACIA		809-961-3771

*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

RT-07-PT-ONA-0402023

Edición 8

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

20231010209
 Dependencia: Gerencia
 Hospital Militar Director: Rafael Cárdenas
 Hospital Militar (Gerencia)

Fecha de inicio: 10/10/23
 Fecha de término: 10/18/23
 Total Horas Programadas: 8

A pagar: \$28

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 / RIVERA	X			10/18/23						C	
2	031 0101129 B	CARLOS ALONSO	X									C	
3	40339 38 006 24 1	DEVER NIQUIRO	X									C	
4	017 0003 37411	ANDREA V. TORREAL	X									C	
5	031-00509501	GRECIA C. REYES	X									C	
6	047 00252 258	DAISY BARRERA	X									C	
7	031-030334498	RAFAEL GONZALEZ	X									C	
8	002-278422-3	RODOLFO ORTIZ	X									C	
9	03-054665-2	FABIAN GONZALEZ	X									C	
10	031 00055229-0	ELIANA GARCIA	X									C	
11	031-0102899-3	YANIS P. SANCHEZ	X									C	
12	MD-1165662-9	YANIS ALONSO LEON	X									C	
13	7300482625	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
14	031 0413966-8	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
15	031-0544481-7	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
16	016 0018808-C	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
17	117-00038689	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
18	057-0045733-3	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
19	037-00465955	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
20	108-2000002-0	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
21	016-00276717	YANIS YERENA PUELLA	X									C	
22												C	
23												C	
24												C	
25												C	
Totales			20	1	1	20						01	

Legendas:

Pa = Parametro, Ma = Municipio, Gr = Gerencia, Wta = Mandos Medios, Ce = Centro, Resulado, C = Califica, N/C = No califica

Certificado FIRMADO

OBSERVACIONES:



Facilitador(e): Carlos Brachi Belmonte y mandos medios

Asesor(a):

Facilitador(e) 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 período.

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

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pásaporte, 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, 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.

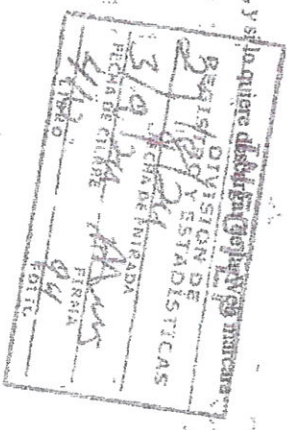
Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contraparte de la empresa.

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 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
Graci Pastora Pacheco	F	031-0050255	Secretaria	Administración	[Firma]	899-581-3162
Aracely Esther Gonzalez	F	031-0311448-5	Revisor/a	Administración	[Firma]	Aracelyestherg@chiltemail.com
Leonor Ponce	F	071-0209720	Asistente	OT u Servicio	[Firma]	809-345-4919
Glenn Torres Ballester	F	03100049292	Asistente	Enfermería	[Firma]	845-876-1980
Angela Lucio	F	031-01126344	Secretaria	Rec. Humanos	[Firma]	829-513-4515
Ruby Patricia Topa	F	0310562409	Enfermera	Enfermería	[Firma]	829-219-5020
Angela Vera	F	031-0425335-0	EKG	EKG	[Firma]	829-408-02-04
Graciela	M	031-00207475	Asistente	Administración	[Firma]	829-479-475-3022
Yara Yegorov Acosta	M	031-0324266-2	Asistente	OT u Servicio	[Firma]	849-652-8766
Wanda Acosta	F	031-0107893-3	Asistente	Administración	[Firma]	885-717-5187
Elizabeth Saldaña Guillén	M	402-520290-6	Enfermera	Enfermería	[Firma]	849-244-7819
Wendy Rojas	F	002-0076717-6	Enfermera	Enfermería	[Firma]	809-516-4272
Aracely Pacheco	F		Asistente	Administración	[Firma]	
Romana Pacheco	F	0310284411	Asistente	Administración	[Firma]	829-3070700
Angela Pacheco	F	0310284411	Asistente	Administración	[Firma]	829-3070700
Graciela Pacheco	F	031-0214473-3	Asistente	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] 1 | Página

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.

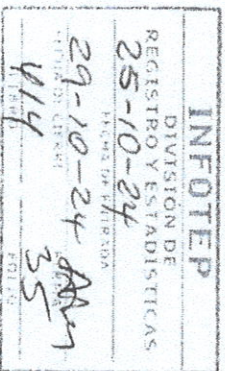
Empresa: Se escribe la firma de la contratante de la empresa.

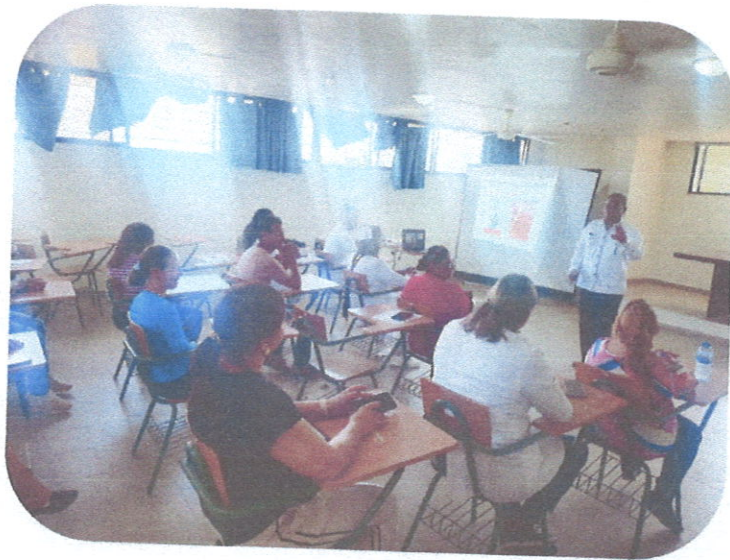
Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

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