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

Institución: Hospital Dr. Vinicio Calventi **Fecha:** 23/9/2024 hasta 16/10/2024

Responsable: Bibiana Bueno Delgado **Correo Electrónico:** rhhcalventi@hotmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	ORTOGRAFIA Y REDACCION DE INFORMES	Agosto	Logrado	
2				
3				
4				
5				
6				

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
1

Programas Logrados
1

% de avance
100

Licda. Bibiana Bueno D.

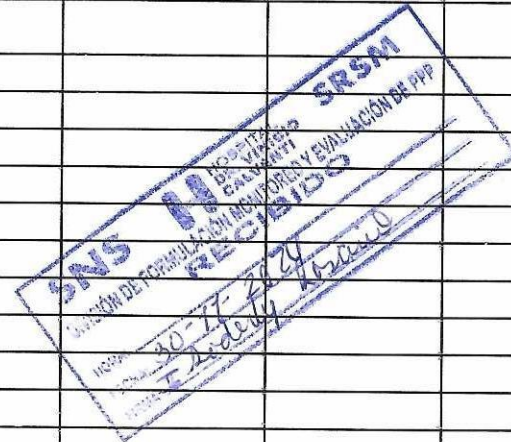
Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello



Código de la Acción de Capacitación: 20240714061
Nombre de la Acción de Capacitación: ORTOGRAFÍA Y REDACCIÓN
Institución / Empresa: HOSPITAL DR VINICIO CALVENTI

Fecha de Inicio: 23/09/2024
Fecha de Término: 16/10/2024
Total Horas Programadas: 45 A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado			
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC	
1	40200663256	NATHALI MIGUELINA ARVELO GARCIA	X		X		Nathali A.							X	
2	40233387261	FIOR BRITO BENJAMIN	X		X		Fior Brito						X		
3	40224308607	JUANA MARINELIS CARMONA GONZALEZ	X		X		Juana C.						X		
4	22900271911	LILIANA CARRASCO CORCINO	X		X		Liliana						X		
5	22900041769	ROSMERY COLLADO RAMOS	X		X		Rosmery C.							X	
6	22400005959	MARIA EUGENIA CORDERO AMANCIO	X		X		Maria E.						X		
7	00114982606	EMILIANA ALTAGRACIA DE LA ROSA ALTAGRACIA	X			X	Emiliana							X	
8	40226098438	ADRIA CRISTINA DIAZ ALMANZAR	X			X	Adria D.						X		
9	40228287286	LEYDI DIANA ENCARNACION	X		X		Leydi D.							X	
10	03102879198	ESTERLIN DEL CARMEN GARCIA MARTE	X			X	Esterlin G.						X		
11	03900223573	FIOLDALISA GUZMAN FRANCISCO	X		X		Fialdalisa G.							X	
12	40213056738	TAMAIRA HERNANDEZ PRESINAL	X		X		Tamaira H.						X		
13	22400372706	MINURKA HURTADO GARCIA	X		X		Minurka H.						X		
14	40230157766	LEUANNY JAIME MORALES	X			X	Leuanny J.M.						X		
15	00117096149	ANILSA LISSETTE JIMENEZ DE JESUS	X			X	Anilsa J.						X		
16	22400107201	ALEJANDRINA MONTERO MORA	X		X		Alejandrina M.						X		
17	22900101555	MARLENY MOTA DE LEON	X			X	Marleny						X		
18	22900021266	EVELYN NOESI CASTILLO	X			X	Evelyn N.						X		
19	22400248922	LUISANA ORTEGA PEÑA	X		X		Luisana						X		
20	22800034195	DANIELA PEREZ FIGUEROO	X		X		Daniela						X		
21	40227113277	ANGELICA MARIA QUIROZ VELEZ	X		X		Angelica						X		
22	40233069653	LAURA MICHEL RAMIREZ ROA	X		X		Laura M.						X		
23	00117105403	FIOR JOHANNA RAMIREZ RODRIGUEZ	X		X		Fior J.						X		
24	22900104252	MARIBEL SEVERINO ALCANTARA	X		X		Maribel							X	
25	00116966904	MARIA MARLENIS SOSA RODRIGUEZ	X			X	Maria Sosa							X	
Total			25		17	8							Total	18	7



Observaciones:

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

Certificado: Físico Web

Marleny Mota de León
Contraparte de la Empresa

Fior Daliza Castillo
Facilitador(a)

Gregorio N. Ochoa
Asesor(a)

Lidia Bibiana Bueso
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.