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

Institución: CECANOT **Fecha:** 27/12/2024

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	Octubre	Logrado	
9	Habilidades Gerenciales	Junio	Logrado	
10	Inteligencia Emocional	Julio	Logrado	
11	Contabilidad de costo			
12	Primeros Auxilios	Agosto	Logrado	
13	Trabajo en Equipo	Noviembre	Logrado	

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
15

Programas Logrados
9

% de avance
60

14	Liderazgo			
15	Manejo de Personal		Logrado	

Emilio M...

Responsable Recursos Humanos

Firma y Sello



Código de la Acción de Capacitación: 20240717585

Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO DE PERSONAL

Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL

Fecha de Inicio: 28/11/2024

Fecha de Término: 28/11/2024

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	Resultado		
			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								
3	04400022002	IGNACIO DE JESUS CERDA TAVERAS		X	X		<i>Ignacio</i>							
4	04800644918	YANET CERI ESPINAL	X		X		<i>Yanet</i>							
5	09300660371	LETICIA MARIA CONCEPCION ENCARNACION	X		X		<i>Leticia</i>							
6	00106468580	JUANA CRUSSET PAULINO	X		X		<i>Juana</i>							
7	00111888624	BLAS ANDRADE CRUZ DURAN		X		X	<i>Blas</i>							
8	40214601110	BRANDLY ALBERTO CUEVAS BOBADILLA		X	X		<i>Brandly</i>							
9	40221530336	YOJANY DE LEON ALCANTARA	X		X		<i>Yojany</i>							
10	00103935037	MARIA RAFAELA DISLA PEREZ	X			X								
11	08700198917	MARIELA ALTAGRACIA DURAN	X		X		<i>Mariela</i>							
12	00109879338	DORA MILAGROS EDUARDO SANTOS	X		X		<i>Dora</i>							
13	22500382829	AWILDA CAROLIN FAMILIA ROBLES	X		X		<i>Awilda</i>							
14	02200104400	ROSA ESTHER FELIZ PEREZ	X		X		<i>Rosa</i>							
15	01000462737	RICHAL JOSE GALVAN GUERRERO		X	X		<i>Richal</i>							
16	00111703955	YUNIOR GARCIA GOMEZ		X		X	<i>Yunior</i>							
17	00112268446	KEITER ESCANIO GARCIA GONZALEZ		X	X		<i>Keiter</i>							
18	00201391125	CARMEN RITA GARCIA PIMENTEL	X		X		<i>Carmen</i>							
19	00400010229	JUANA GERMAN DE JESUS	X		X		<i>Juana</i>							
20	22500390301	EUNICE GONZALEZ BELEN	X		X		<i>Eunice</i>							
21	00105723449	ESTEVANIA GUZMAN GARCIA	X			X	<i>Estevania</i>							
22	22500436278	YUDEINY CARLINA HERNANDEZ GUZMAN	X		X		<i>Yudeiny</i>							
23	00117357152	MARIA CECILIA HERNANDEZ SABA	X		X		<i>Maria Cecilia</i>							
24	00104074216	MARIA NIEVE JIMENEZ AQUINO	X		X		<i>M. Jimenez</i>							
25	00200086403	SARAH JIMENEZ DE LOS SANTOS	X			X	<i>Sarah</i>							
26	00100706704	SANDRA MARITZA JIMENEZ SOLANO	X			X	<i>Sandra</i>							
27	06100221438	GLADYS LOPEZ GOMEZ	X			X	<i>Glady</i>							
28	00109113738	LINDA ALEXANDRA MARMOLEJOS REYES	X			X	<i>Linda</i>							
29	00201032968	LAURA MARTE POLANCO	X			X	<i>Laura</i>							
30	00117908335	TAMMY DALEGNY MARTINEZ CAPELLAN	X		X		<i>Tammy</i>							
31	40226465165	EMELIN MARTINEZ DE LA CRUZ	X		X		<i>Emelin</i>							

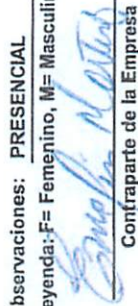
32	05400061130	RUSSE JOSEFINA MARTINEZ TEJEDA	X	X											
33	01800621516	PETRA ANTONIA MATOS ACOSTA	X	X											
34	00102961042	CRISTINA ANTONIA PAULINO DE EVERTZ	X	X											
35	00201373859	YOMAIRA PEREZ PEREZ	X		X										
36	00112805122	BETTY IVELISSE PIERALDI EUSEBIO	X	X											
37	01800593319	NELSON GABRIEL PINEDA BENITES		X	X										
38	00111404596	RAFAEL DARIO PION BENGUA	X	X											
39	01100308038	ELSA JULIA ROA MONTILLA	X		X										
40	00103242327	INOENCIA ROSARIO ROBLES	X	X											
41	00118125715	GREIDY ANNERY SANTOS SANTIAGO	X	X											
42	00118235605	JOSE MIGUEL SOSA DE LA CRUZ		X											
43	40235934573	MISKEILY UREÑA PEGUERO	X		X										
44	01700146754	YUDERKA VALENZUELA LUCIANO	X	X											
45	00108060732	FELICITA ALTAGRACIA VALERA RAMIREZ	X	X											
46	00100254804	JORGE LUIS VALERIO VARGAS		X											
47	00101377323	GREGORIA VALLEJO PEREZ	X	X											
48	00105200265	FRANCISCO JOSE VILLABRILLE MENDEZ		X	X										
Total			36	12	33	15									

Observaciones: PRESENCIAL

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

Certificado: Físico Web

Web

Contraparte de la Empresa


Facilitador(a)

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:

Metropolitana

Nombre de la Empresa o Institución:

Instituto Nacional De Formación Técnico Profesional

Nombre de la Capacitación:

Manejo De Personal

Objetivo de la Capacitación:

Al finalizar este curso los participantes podrán manejar técnicas y herramientas de supervisión y liderazgo, para influir en su equipo laboral, y así lograr una mejora significativa en el desempeño de sus funciones, permitiendo una participación integral, en el alcance de las metas propuestas.

Población Enfocada:

Personal de gerencial y de mandos medios

Contenido de la Capacitación:

1. Concepto de supervisión. 2. Comportamiento y estilos de dirección. 2.1 Los rasgos de la personalidad y el liderazgo. 3. Influencia y poder en el liderazgo. 4. Desarrollo de habilidades de liderazgo transformador. 5. Delegación efectiva. 6. Trabajo en Equipo. 7. Teoría de la contingencia. 8. Tipos y estilos de liderazgo. 9. Gerencia, motivación y compromiso del equipo.

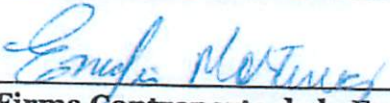
Carga Horaria: 8 horas


Perfil del Facilitador:

Psicóloga Industrial, con experiencia en temas afines como docente y en lo laboral.

Recursos Didácticos y Logísticos:

Videos, Laptop, Documento HTML, cronogramas de actividades, plan de ejecución, grupo de WhatsApp


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha

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:

Manejo de Personal

Área Responsable:

Recursos Humanos

Fecha:

29/11/2024

 Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora:

9:00 Am

Lugar/Plataforma:

Salón de Conferencias Primer Piso

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Gladys López	F	061-00221438	Gerente	Recursos Humanos	[Firma]	829-471-8955
Yolany Otero	F		Analista	RR-HH	[Firma]	gestion.humanos@ccorant.gub.ve
Leticia Concepción	F	093-0066371	Secretaria	Epidemiología	[Firma]	009-920-6747
Danny Martínez	F	001-17908335	Analista	RR-HH	[Firma]	829-512-5533
Isabel Hernández	F	001-1735715-2	Encargada	Atención al Usuario	[Firma]	829-471-8958
José Manuel Rodríguez	M	051-1923560-5	Encargado	Atención Clínica	[Firma]	829-292-3737
Román Rojas	M	001-0753539-5	Coordinador	Atención al Usuario	[Firma]	829-471-6901
Ignacio Cerda	M	04400022002	Encargado	Municipo General	[Firma]	829-972-9787
Graciela Santos	F	001-1812571-5	Encargada	Mantenimiento	[Firma]	829-274-8715
Dora Echeverri	F	001-0927339	Encargada	Laboratorio	[Firma]	829-405-2625
Esteliana Guzmán	F	001-0572344-9	Enc.	Seguro Médico	[Firma]	829-292-9538
Benito Pérez	M	001-1188862-0	ADJ.	Atención al Usuario	[Firma]	829-471-8947
Felicitas Valera	F	001-0906073-2	Enc.	Servicio Social	[Firma]	829-292-9537
Laura María Pérez	F	001-0103296-8	Enc.	Enfermería	[Firma]	809-849-1946
Yamir Pérez	F	N/A	Enc.	Atención al Usuario	[Firma]	829-471-1376
Manuela Durán	F	051-0019891-7	Enc.	Admisión	[Firma]	829-801-7594

*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
Luzmila Amador	F	006-0008690	3 ^{er} Asistente	Enfermería	[Firma]	829-731-3251
Maret Quiñones	F	048-0064491-8	Coord. Téc.	Experiencia	[Firma]	809-858-2402
Boty L. Valdés	F	001-1280512	Enfermera	Experiencia	[Firma]	829-471-3138
Maria Nieves Jimeno A.	F	001-0407421-6	Coord. Asist.	Enfermería	[Firma]	829-209-0574
Rosa Ester Feliz Pérez	F	0220010440-0	Enfermera	Experiencia	[Firma]	809-769-6688
Yvanna Cruz Sant P.	F	001-064645560	Enfermera	Enfermería	[Firma]	809-9628885
Yara Góngora Félix	F	969-0007776-6	Asesista	Administración	[Firma]	217-370
Alcibíades Hernández	F	001-0911373-8	Asesista	Calidad	[Firma]	47-464
Cobner Lita Gordon	F	002-0139112-5	Sup. Fabricación	Fabricación	[Firma]	829-471-8952
Bramelley Caceres	M	402-1460111-1	Supervisor	Control de medicamentos	[Firma]	829-471-6911
Jorge M. Vázquez	M	001-0025450-4	Estadística	Estadística	[Firma]	829-471-3184
Denise González	F	2250039030-1	ENC	Planificación y Desarrollo	[Firma]	829-471-6913
Yvanna Germán De Jesús	F	004-0001022-9	Atención	Experiencia H.O	[Firma]	809-9812023
Yvonne Guzmán	M	891-1170395-5	ENC Sup.	Experiencia	[Firma]	879-873-1477
Elisa Julia Koa	F	011-00308038	Sup.	Fabricación	[Firma]	829-471-7471
Yvonne Jimeno	F	001-0070670-4	Asesista	Dirección	[Firma]	849-356-8998
Yvonne Jimeno	M	004-1226844-6	Asesista	Administración	[Firma]	809-975-1984
Yvonne Jimeno	F	001-0246104-4	Asesista	Administración	[Firma]	809-383-4156
Inocencia Cordero	F	201-0324232-7	ENC	Experiencia	[Firma]	829-865-5965
Richard Galván	M	010-0046273-7	Sub-Director	Cecanot	[Firma]	809-383-7581
Emelina Rodríguez	F	40226465165	Asesista	RK: HH / Cecanot	[Firma]	829

*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: Manejjo de Personal

 Área Responsable: Recursos Humanos

 Fecha: 29/11/2024

 Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

 Hora: 9:00 Am

 Lugar/Plataforma: Salón de Conferencias Primer Piso
Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Yuderkia Valenzuela	F	017-0014675-4	Coord. Ox.	Enfermería	yuderkia	829-389-2805-8
Yudeiny Hernández	F	225-0043627-8	Coord. En P. Hemodinamia	Cecanot - Hemodinamia	Yudeiny Hernández	809-754-0703
Russel Martínez	F	054-0006115-0	Dircción	Secretaría Dirección	Russel M.	809-779-8995

*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 EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20240717589
 Nombre de la Acción de Capacitación: TRABAJO EN EQUIPO
 Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL

Fecha de Inicio: 29/11/2024
 Fecha de Término: 29/11/2024
 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	00109306654	SIRIA LOURDES DEL CARMEN ALTAGRACIA ZAYAS DE RAMIREZ	X		X		Siria						
2	00112771076	LORENZO ALVAREZ CAPELLAN		X	X		Lorenzo						
3	10900070839	SOLANNY ANGOMAS ROMANO	X		X		Solanny						
4	00107535395	ROMAN ERNESTO AQUINO ECHAVARRIA		X	X		Roman						
5	00114545114	ALTAGRACIA ARIAS ENCARNACION	X		X		Altagracia						
6	40235681588	SHAKIRA CALVO	X		X		Shakira Calvo						
7	40239772821	EDDELY SCARLETT CRUZ	X		X		Eddeley Cruz						
8	00110929973	DORKA DE LA CRUZ ALMONTE	X		X								
9	00118913920	JUANA MERCEDES DE LA ROSA	X		X		Juana						
10	05300427654	JEAN CARLOS DE LEON DE LA ROSA		X	X		Jean Carlos						
11	00110103561	VINICIO DEL CARMEN DEL ROSARIO		X	X		Vinicio						
12	22300952748	LEONELA MICHEL DIAZ FERREIRA	X			X	Leonela						
13	40215074127	LUZ DEL ALBA DIAZ TORRES	X		X		Luz del Alba						
14	08700198917	MARIELA ALTAGRACIA DURAN	X		X		Mariela						
15	22500906544	WELINTON FABIAN ENCARNACION		X	X		Welinton						
16	40208951893	IRAIISA MARIA FERNANDEZ SALAZAR	X		X		Iraisa						
17	00115579591	JOENNY GARCIA AMPARO		X	X								
18	22500436278	YUDEINY CARLINA HERNANDEZ GUZMAN	X		X		Yudeiny						
19	00117357152	MARIA CECILIA HERNANDEZ SABA	X		X		Maria Cecilia						
20	40225823109	GABRIEL ALBERTO JIMENEZ MENDEZ		X	X		Gabriel						
21	40220528372	MELVYN ERNESTO LIBURD GALVA		X	X		Melvyn						
22	00118722081	NATHANIEL MARTINEZ EUSEBIO		X	X								
23	05400061130	RUSSE JOSEFINA MARTINEZ TEJEDA	X		X		Russe						
24	40221113604	FRANCHESKA CRISTABEL MEDINA NUÑEZ	X		X		Francheska						
25	00500404397	SILVERIO NUÑEZ FARIA		X	X		Silverio						
26	40224163002	MICHAEL MIGUEL ORTIZ AQUINO		X	X		Michael						
27	00117998443	MARCO ANTONIO PAULINO		X	X								
28	22301400481	LUILLYS DOMINGO PEREZ ROSARIO		X	X		Lullys						
29	40219479850	ISAIAS RODRIGUEZ RAMIREZ	X		X		Isaias						
30	00117549899	ANGELICA MARIA ROSA MOREL	X		X		Angelica						
31	03105489755	ARLETTE DE JESUS SANCHEZ TEJADA	X		X		Arlette						

32	00109926311	PAULINO SANCHEZ		X	X								
33	00116944521	TIRSO ESTANILAO SENA RIVAS		X	X								
34	40220111682	YORKIS NOSKERYI TERRERO ACOSTA	X		X								
35	40235934573	MISKEILY UREÑA PEGUERO	X		X								
Total			20	15	32	3							

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

Certificado: Físico Web
 Asesor(a) _____
 Facilitador(a) _____
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto. _____



Contraparte de la Empresa
[Handwritten Signature]

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 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 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.



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:
Metropolitana

Nombre de la Empresa o Institución:
Instituto Nacional De Formación Técnico Profesional

Nombre de la Capacitación:
Trabajo En Equipo

Objetivo de la Capacitación:
Al finalizar este curso los participantes estarán dotados de las principales herramientas que le permitan aplicar las técnicas para fomentar el espíritu del trabajo en equipo y la motivación laboral para alcanzar los objetivos de la organización.


Población Enfocada:
Personal administrativo y de servicio al cliente

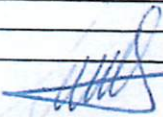
Contenido de la Capacitación:
1-Diferenciar dos conceptos: GRUPO o EQUIPO.
2-Trabajo en Equipo.
3-Comunicación Efectiva.
4-Liderazgo.
5-Cohesión.
6-Manejo de Conflictos.

Carga Horaria: 8 horas

Perfil del Facilitador:
Psicóloga Industrial, con experiencia en temas afines como docente y en lo laboral.

Recursos Didácticos y Logísticos:
Videos, Laptop, Rotafolio y Manual de apoyo. Test de Calidad en el Servicio.


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha



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 Trabajo En equipo

Área Responsable: _____

Fecha: 28/11/24

 Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 9:00 am

Lugar/Plataforma:

Salón de Conferencia primer piso

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Dominiquez, Juan	M	01-0753337-5	Coordinador	CECANOT	[Firma]	629-29-029-86ml
Juan C. Bolaños	F	001-1891392-0	HG	Cecanot	[Firma]	849-636-6462
Siberio Nuñez	M	0500010139-7	Auxiliar	Cecanot	[Firma]	809 803-1634
Shakira Calero	F	402-3568158-8	Auxiliar	Cecanot	[Firma]	829-791-7754
Cecilia Hernández	F	001-1735715-2	Empleada	Cecanot	[Firma]	829-471-8958
Miskelly Vera P.	F	402-3593457-3	ADM	CECANOT	[Firma]	829-750-2650
Russí Martínez Tejeda	F	054-0006113-0	Dirección	CECANOT	[Firma]	809-479-8995
Rudely Hernández	F	225-0043627-8	Enfermera	Cecanot - Hemodinamia	[Firma]	809-754-0703
Yozkis Terrero	F	402-201168-2	Enfermera	Cecanot - Hemodinamia	[Firma]	829-725-9009
SOLANNY ANGOMAS	F	109-0007083-9	Admisión	Cecanot	[Firma]	829-940-7644
Arlette Sánchez	F	031-0548975-5	Admisión	Cecanot	[Firma]	849-260-6473
Georgina Rojas	F	001-1454511-4	Asistentes	Manejo de cecanot	[Firma]	809-662-2545
Yessela Díaz F.	F	223-00952748	Secretaria	CECANOT - Hemodialisis	[Firma]	829-471-1656
Abdelyscarlett Ortiz	F	402-3977282-1	Auxiliar	Cecanot	[Firma]	849-631-4169
Travis M. Fernandez	F	402-0895189-2	Auxiliar	Cecanot	[Firma]	849-381-1974
Arzobalita Lizy Ferrer	F	402-1507412-7	Secretaria	Cecanot	[Firma]	829-320-4953

*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
Delintan Fabian E.	M	22500906544	Auxiliar	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-906-5430
Michael Miguel Ortiz	M	4022416300-2	Auxiliar	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-363-0478
Vincent Rosand	M	001-1010356-1	Auxiliar	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-370-9134
Luzivia Delgado	F	001-09306654	Farmacéutica	Cecanot	<i>[Firma]</i>	809-982-8051
Gabriel Jimenez	M	402-2582310-9	AXL-ATV	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-514-4059
Francisca Medina	F	402-2111360-4	Asistente	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-410-6192
Melys Sibural	M	402-2052832-2	ayudante	Cecanot	<i>[Firma]</i>	809-993-8303
Luis Pérez	M	223-0140048-1	Auxiliar	Cecanot	<i>[Firma]</i>	801-699-7404
Lorenzo Lopez	M	001-1277107-6	ayudante	Cecanot	<i>[Firma]</i>	809-991-3126
Isaias Rodriguez R.	M	402-19479850	ayudante	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-722-5622
Tirsa E. Sano E.	M	001-1694452-1	D.G.	Cecanot	<i>[Firma]</i>	849-245-9062
Analisa Maria RODRIGUEZ	F	001-17549899	Analista	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-927-2661
Emilia Rodríguez de la Cruz	F	402-2046516-5	Asistente	Cecanot LAB HT	<i>[Firma]</i>	829-291-9605
Juan Carlos De León	M	053-0047765-11	te. Hematología	Cecanot	<i>[Firma]</i>	829-217-6907

*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.