

Código de la Acción de Capacitación: 20251013239
Nombre de la Acción de Capacitación: TECNICAS DE LAS 5S
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONAL DE SALUD
Facilitador(a): ROSA URENA TIBURCIO

Fecha de Inicio: 07/10/2025
Fecha de Término: 07/10/2025
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	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G							C NC
1	04600370045	ERLIN ANDRAL YS BOURDIERD REYES		X	X								
2	40233905849	PABLO YUBERY BUENO VERAS		X	X								
3	06600159534	MARIELA CAPURRO MUSA DE GOMEZ	X			X							
4	04600094959	SENEIDA DEL CARMEN ESTEVEZ RODRIGUEZ	X		X								
5	04600364865	ROSA ELBA FERNANDEZ NUÑEZ	X		X								
6	40224705802	ESCARLIN ELIZABETH GIL NUÑEZ	X		X								
7	40222201481	DAMAGRI YISSETTE GOMEZ MUÑOZ	X		X								
8	40222894230	RAFAELINA ALTAGRACIA JUMELLES	X			X							
9	00114491491	LUCIA MERCEDES MARIA ALMANZAR	X			X							
10	40221913128	MARIANELA MARIA COLLANTE	X		X								
11	35000010716	SANTA CRISTINA MARTINEZ VARGAS	X		X								
12	0460031973	CLARIBEL MARIA NUÑEZ ROMAN	X		X								
13	03104954197	BARLY ARTURO PAULINO CANAAN		X		X							
14	40224635868	WALKIRIS ALTAGRACIA PERALTA LOPEZ	X		X								
15	09200106392	ANGELA DE LA CRUZ PEREZ BEJARAN	X			X							
16	04600387346	VILMA ESTHER RODRIGUEZ JIMENEZ	X		X								
17	40227050438	ROSANGEL RUIZ ALMONTE	X		X								
18	40233317680	ALEX SANTANA CARRASCO		X	X								
19	40220416040	JUANA RAMONA TORRES NUÑEZ	X		X								
20	04600401865	BERIOSKA TORRES PEREZ	X		X								
21	04500269974	YENNIFER TORRES PEREZ	X		X								
22	04600399457	ANIBELKA DEL CARMEN VARGAS	X			X							
23	00117193458	WANDA YASMIN VENTURA BATISTA	X		X								
Total			19	4	17	6							

Observaciones:

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

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División Depto.



Código de la Acción de Capacitación: 20251013240
Nombre de la Acción de Capacitación: TECNICAS DE LAS 5S
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONALES DE SALUD
Facilitador(a): ROSA URENA TIBURCIO

Fecha de Inicio: 08/10/2025
Fecha de Término: 08/10/2025
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	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G							
1	0460033480	CRISTINA AGUILERA ACOSTA	X		X		08/10/2025						C
2	11600027897	ELIZABETH ALMONTE VALERIO	X		X		08/10/2025						C
3	04600290367	ALIANY ALTAGRACIA CARRASCO JIMENEZ	X		X		08/10/2025						C
4	03104707181	MARBELIS ANGELINA CESPEDES RODRIGUEZ	X		X		08/10/2025						C
5	04600347118	ALGELIS JISSELY CHAVEZ NUÑEZ	X		X		08/10/2025						C
6	40224034427	CATHERINE DE LA CRUZ DE LA CRUZ	X		X		08/10/2025						C
7	04600294054	EILEEN MAYDELINE DIAZ RODRIGUEZ	X		X		08/10/2025						C
8	11600022096	MELVIN DE JESUS DURAN DURAN		X	X		08/10/2025						C
9	04600397253	INGRID ALTAGRACIA ESTEVEZ TEJADA	X		X		08/10/2025						C
10	11600005992	YEIMY ODIL GARCIA CAMPOS	X		X		08/10/2025						C
11	40223223195	ISMELDA ALTAGRACIA NUÑEZ FERREIRAS	X		X		08/10/2025						C
12	04600013009	GLADYS MERCEDES PERALTA GUZMAN	X			X	08/10/2025						C
13	07300184236	RAYMER EMMANUEL PEREZ		X	X		08/10/2025						C
14	11600028572	ARISLEYDI PEREZ REYES	X		X		08/10/2025						C
15	11600000407	CARMEN ROSA RODRIGUEZ FERNANDEZ	X		X		08/10/2025						C
16	04600373031	SORAIDA SORIBER RODRIGUEZ RODRIGUEZ	X			X	08/10/2025						C
17	11500008518	QUEENIA ROSARIO TEJADA	X		X		08/10/2025						C
18	04600028007	FIORDALIZA ALTAGRACIA SOLANO NUÑEZ	X		X		08/10/2025						C
19	04600401667	SABRINA ISELA SOSA VELEZ	X		X		08/10/2025						C
20	04600050472	JUANA ANTONIA VALDEZ TEJADA	X			X	08/10/2025						C
21	40233448287	YOKASTA VALERIO ESTEVEZ	X				08/10/2025						C
Total			19	2	18	3							

Observaciones: _____
 Leyenda: 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: _____
 Facilitador(a): _____
 Asesor(a): _____
 Encargado(a) de División Depto.: _____



Instructivo de llenado del RI-07-PT-ONA-040:2025

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

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.

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.