

Código de la Acción Formativa: 20230700157  
 Nombre de la Acción Formativa: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
 Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 20/01/2023  
 Fecha de Término: 20/01/2023  
 Horario: Viernes 08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: \_\_\_\_\_

Facilitador(a):  
 EDRA MIGUELINA ANDERSON AQUINO

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						
1	40230171247	LIA CARRASCO GERDO	X									
2	22500740935	IANI DAYKIRI DE LA CRUZ	X		X							
3	00500386156	ISMAEL ALEJANDRO DE LOS ANGELES JIMENEZ		X	X							
4	10600075104	ARIANNY ARLENY DIAZ ALMANZAR	X		X							
5	40227879398	ANGELY GRISETTE DOTEL TAVAREZ	X		X							
6	00118202662	ANA YOHANNY GARCIA GUZMAN	X		X							
7	00118655505	MARIA REBECA MARTE GARCIA	X		X							
8	00116648296	NIDIA KARINA MARTINEZ DE JESUS	X		X							
9	00105269195	GABRIEL ANTONIO MERCEDES DIAZ		X	X							
10	22300904046	JUANA CRUCITA MORENO DE LOS SANTOS	X		X							
11	40224554812	VICTOR RAMON PAREDES CABRAL		X	X							
12	22301558247	PAMELA CRISTINA POPOTEUR RAMIREZ	X		X							
13	00118933548	JELEN ELENA RAMIREZ	X		X							
14	00115618431	LUCIA ALTAGRACIA REYES AMPARO	X		X							
15	00119460715	ZULEIRY NATHALY SANTOS	X		X							
16	00114765647	MARIA ROSALES SOTO RODRIGUEZ	X		X							
17	00201123262	ERNESTO TEJEDA ARIAS		X	X							
Total			13	4	16							

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Médicos, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica  
 Certificado: Físico  Web   
 Contable de la Empresa: [Firma] Facilitador(a): [Firma] Asesor(a): \_\_\_\_\_  
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto. \_\_\_\_\_

**Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040**

**Código de la Acción Formativa:** Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

**Nombre de la Acción Formativa:** 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 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.

# Humanización de los Servicios de Salud Enero 2023.

