

**Nombre de la Actividad:**

CURSO WORD BÁSICO

**Área Responsable:** DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS
**Fecha:** 11/4/2023
**Modalidad de la reunión:** Virtual  Presencial 
**Hora:** 8:00 A.M
**Lugar/Plataforma:** SALÓN HUGO MENDOZA

Participantes					
Nombre	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Rafael Elías Ruiz		Activo	Administración	[Firma]	829 552 6154
Luz Germana Caspary Odel	013-0051415-3	Secretaria	Departamento Enfermería	[Firma]	829-966 5424
Katherine Noelia Linares	001-1856708-0	Encargada	Dispensa	[Firma]	849-261-0272
Margaret E. Rodriguez Gonzales	0029-000191-4	Wegda	Gestión del Riesgo	[Firma]	829-260-4269
Yamasis Brugués	001-0142306-9	seguro	H. 221 C	[Firma]	829-457-2897
Roberta Hernandez	402243554-3	Secretaria	Microbiología	[Firma]	849-279-0243
Paola H. Lugo Bala	093-0046527	-	Facturación Adm. H.	[Firma]	809 406 4111
Yailyn Malvar del Rosario	402-2077904-1	-	Clínica Diagnóstica	[Firma]	809-816-1718
Yeni Cayo	223-0120125-6	Secretaria	Endocrinología	[Firma]	809-956-2836
Sneijer Geseler	402-1084226	Secretaria	Suma/Subdirección	[Firma]	849-250-6898
Eikberto Terrero M.	402-494534-9	Aux. Farmacia	Almacén Quirúrgico	[Firma]	829-409-1115
Paulina Rosendo B.	001-0106426	Asistente Comp.	Computos	[Firma]	809-256-9393
MASSI GL Mercedes Villar	00119359428	Secretaria	Neurología	[Firma]	849-243-4664

**\*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.



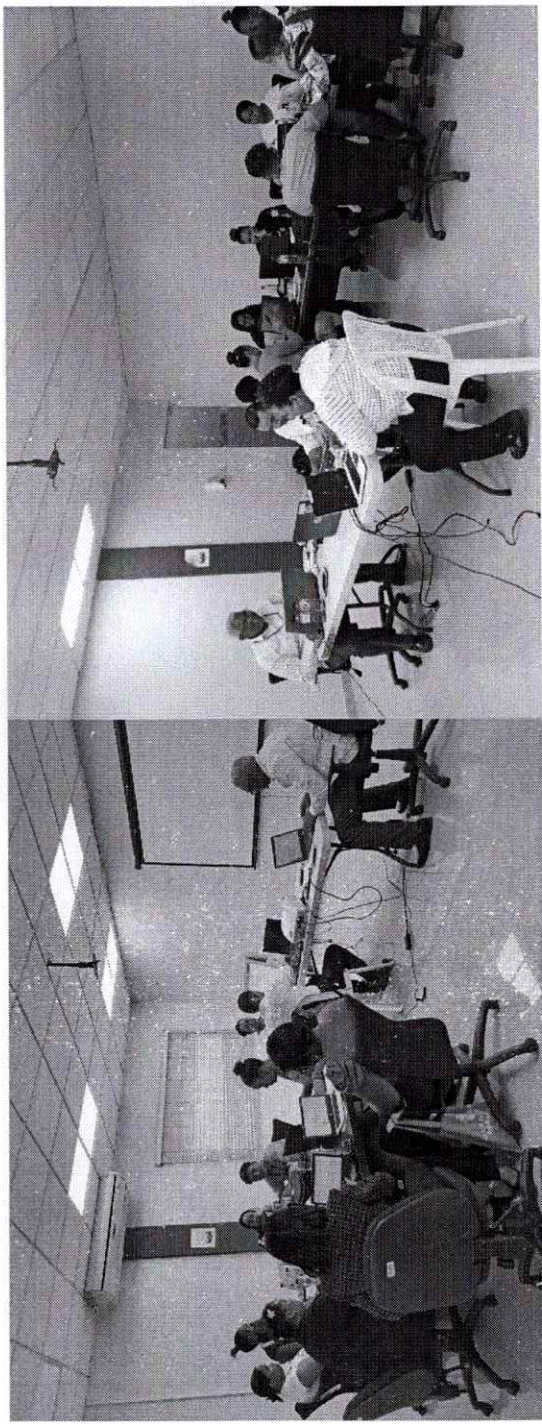
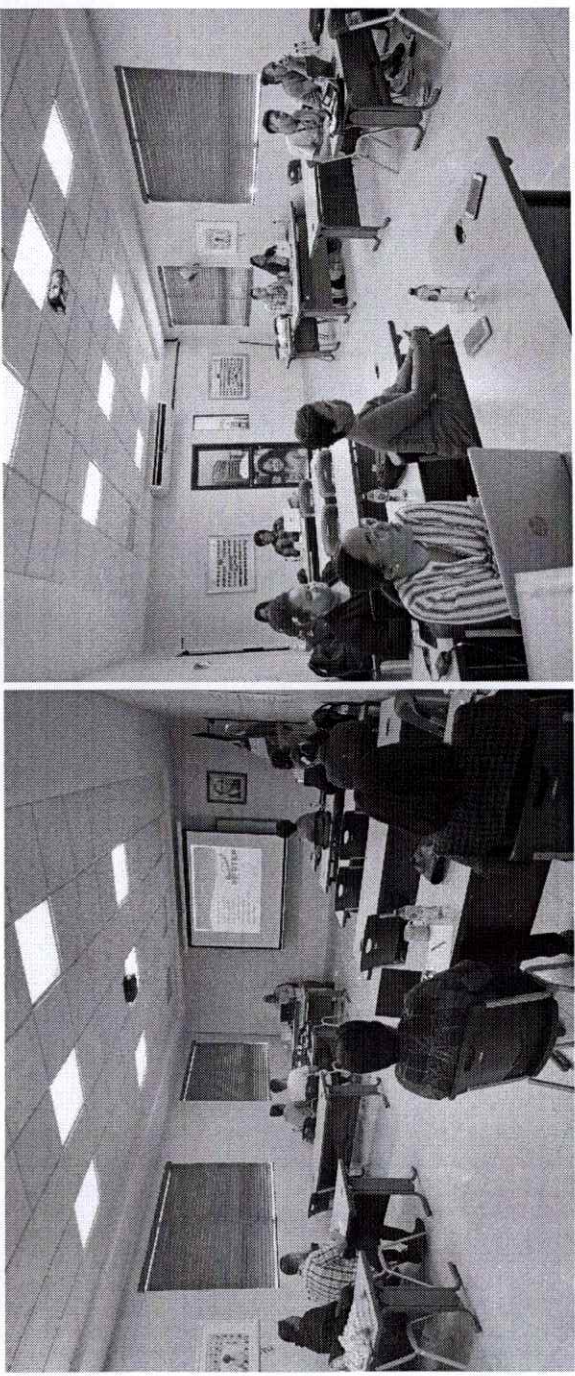
**Participantes**

Nombre	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono

\*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.

2 | Página

Nombre de la Actividad: CURSO WORD BÁSICO Fecha: 18/04/2023



Código de la Acción Formativa: 20230705183  
 Nombre de la Acción Formativa: MICROSOFT WORD BÁSICO  
 Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 11/04/2023  
 Fecha de Término: 14/04/2023  
 Horario: Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado  
 18:00-22:00, 18:00-22:00, 18:00-22:00, 18:00-22:00, 18:00-22:00

Total Horas Programadas: 16 A Pagar: \_\_\_\_\_

Facilitador(a):  
 FREDY HEREDIA VARGAS

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	22301201236	YEISI CAYO	X			X	Yeisi	Yeisi	Yeisi	Yeisi			
2	01300514153	LUS GERMANIA CESPEDES DOTEL	X			X	LUS	LUS	LUS	LUS			
3	00101423069	YOMARIS CONCEPCION	X			X	Yomaris	Yomaris	Yomaris	Yomaris			
4	40220779041	YAILYN MABEL DEL ROSARIO VARGAS	X			X	Yailyn	Yailyn	Yailyn	Yailyn			
5	40222435543	ROBERTA SMAYLYN HERNANDEZ ROA	X			X	Roberta	Roberta	Roberta	Roberta			
6	00118567080	KATHERINE NOELIA LIZARDO JIMENEZ	X			X	Katherine	Katherine	Katherine	Katherine			
7	09300464279	ERIKA MARIA LUGO BATISTA	X			X	Erika	Erika	Erika	Erika			
8	00119359438	MASSIEL MERCEDES VILLAR	X			X	MASSIEL	MASSIEL	MASSIEL	MASSIEL			
9	07900091914	MARGARET ELIZABETH RODRIGUEZ GONZALEZ	X			X	Margaret	Margaret	Margaret	Margaret			
10	00101064269	PAULINA ROSARIO BALENILLA	X			X	Paulina	Paulina	Paulina	Paulina			
11	22400514703	RAFAEL ELIAS RUIZ NUÑEZ		X		X	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael			
12	40210842262	SNAYVILL VIRGINIA TEJEDA MELO	X			X	Snayvill	Snayvill	Snayvill	Snayvill			
13	40249453719	ERIKBERTO TERRERO MEDINA		X		X	ERIKBERTO	ERIKBERTO	ERIKBERTO	ERIKBERTO			
<b>Total</b>			<b>11</b>	<b>2</b>		<b>13</b>						<b>Total</b>	

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

*[Signature]*

Facilitador(a)

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.

## DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

**Dirección Regional:**  
METROPOLITANA

**Nombre de la empresa:**  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

**Nombre de la capacitación:**  
WORD BASICO

**Objetivo de la capacitación:**  
Al Finalizar el presente Modulo de ms Word, el o la participante Tendrán la capacidad de crear un documento en Word, con todos sus elementos de forma correcta.

**Población enfocada:**  
MM/ O

**Contenido de la capacitación:**

Crear documentos en Word, Trabajar con la barra de tarea, barra de menú, crear textos y manejar márgenes, crear tablas, Imprimir documentos, Los conocimientos adquiridos por medio de la enseñanza, serán aplicados en el ámbito o área de desempeño, atreves de la practicas asignadas por el facilitador.

**Carga horaria:** 16 Horas

**Perfil del facilitador:**  
Profesional, experiencia laboral y docente.

**Recursos didácticos y logísticos:**

Un Computador para cada participante, Material de apoyo, un proyector, marcadores diferentes colores, un borrador

  
**Firma contraparte de la empresa y fecha:**

  
**Firma facilitador(es) y**

**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 u organización.

**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 escriben 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 empresa u organización 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