

**Nombre de la Actividad:** CURSO POWER POINT

**Área Responsable:** DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**Fecha:** 18/4/2023

**Modalidad de la reunión:** Virtual  Presencial 
**Hora:** 8:00:00 A.M

**Lugar/Plataforma:** SALÓN DE ENFERMERIA

**Participantes**

Nombre	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Rafael Elías Ruiz	22400514703	Arbitraje	Administración	RFE	829 552 6154
Massiel Mercedes	001-19384435	Secretaria	Secretaría	massiel	849-243-4664
Das Germana Caspeles D.	013-00514153	Secretaria	Secretaría	[Firma]	829-9665424
Katherine Noelle Lizaso	001-18567080	Encargada	Dispensa	[Firma]	849-261-0272
Margot E. Rodríguez Gómez	079-00091914	Encargada	Sistema el Aniso	Margot E. Gómez	809-260-4263
Yvonne Caspeles	001-01423069	segur	A, 221 C	YC	829-457-2812
Robertay Hermandez	4022243554	Secretaria	DT microbiología	Robertay	849-279-0243
Evelyn McLoz B. R.	093-0042419	-	Auditoría Fichero	[Firma]	809-4664111
Yailyn Haber Espinosa	402-20774 04-1	Secretaria	Clinica Diagnóstica	Yailyn	809-816-7718
Anadama Nahunella	002-00159632	Supervisora	Enfermería / U-4	[Firma]	809-993-2803
Yesi Cay	223-0150123	-6 Secrete	Endocrinología	Yesi	809-906-2236
Paulina Rosario	001-01064269	analisis de compra	compras	Paulina	809-256-9393



**\*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.





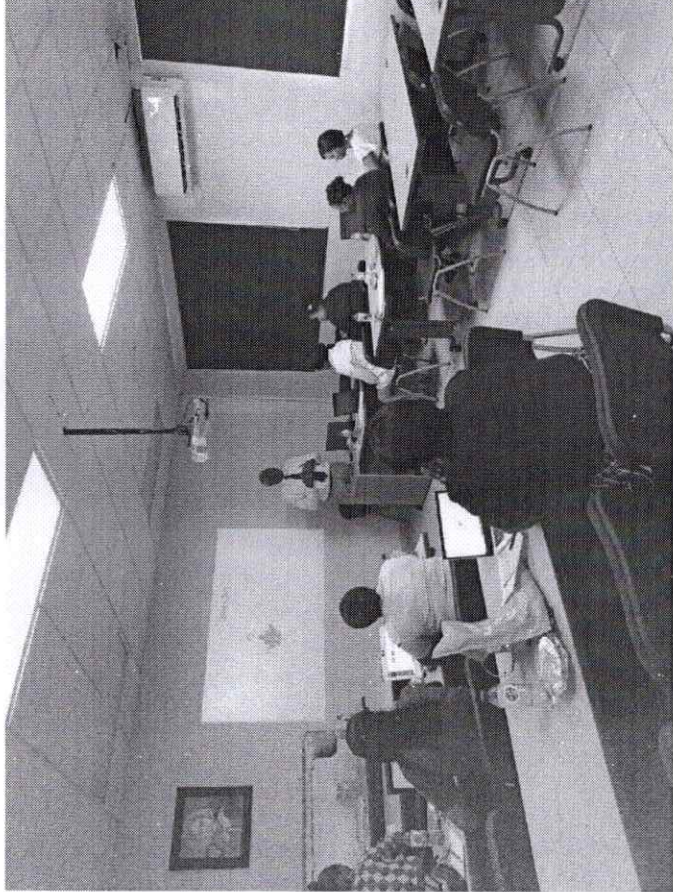
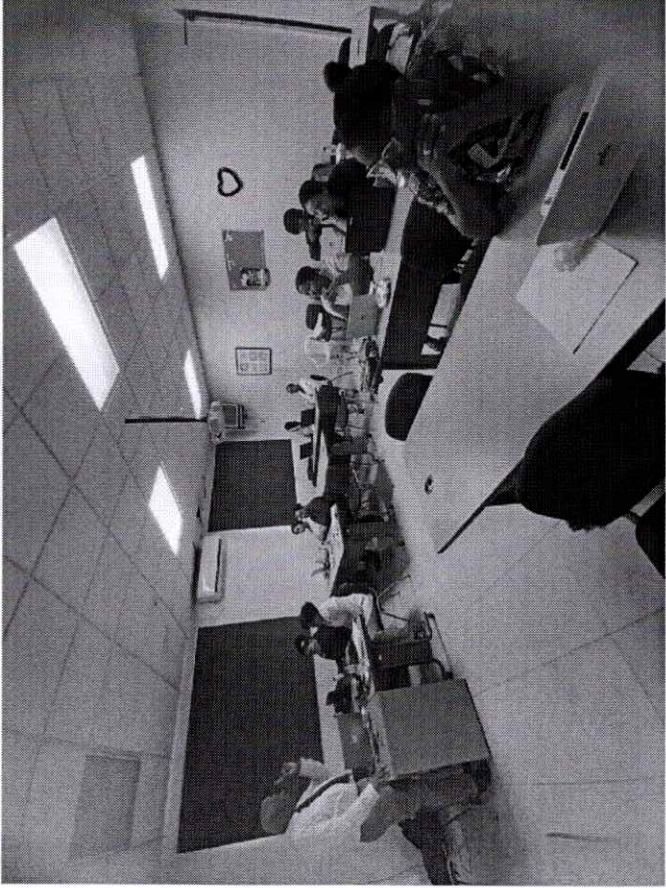
Nombre	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Telefono

**Participantes**

**\*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.



Actividad: Curso POWER POINT Fecha 18/04/2023





Código de la Acción Formativa: 20230705185  
 Nombre de la Acción Formativa: MICROSOFT POWER POINT  
 Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 18/04/2023  
 Fecha de Término: 21/04/2023  
 Horario: Martes, Miércoles, Jueves, Viernes  
 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		X	
2	01300514153	LUS GERMANIA CESPEDES DOTEL	X			X	Lus	Lus	Lus	Lus		X	
3	00101423069	YOMARIS CONCEPCION	X			X	Yomaris	Yomaris	Yomaris	Yomaris		X	
4	40220779041	YAILYN MABEL DEL ROSARIO VARGAS	X			X	Yailyn	Yailyn	Yailyn	Yailyn		X	
5	40222435543	ROBERTA SMAYLYN HERNANDEZ ROA	X			X	Roberta	Roberta	Roberta	Roberta		X	
6	00118567080	KATHERINE NOELIA LIZARDO JIMENEZ	X			X	Katherine	Katherine	Katherine	Katherine		X	
7	09300464279	ERIKA MARIA LUGO BATISTA	X			X	Erika	Erika	Erika	Erika		X	
8	00119359438	MASSIEL MERCEDES VILLAR	X			X	Massiel	Massiel	Massiel	Massiel		X	
9	07900091914	MARGARET ELIZABETH RODRIGUEZ GONZALEZ	X			X	Margaret	Margaret	Margaret	Margaret		X	
10	00101064269	PAULINA ROSARIO BALENILLA	X			X	Paulina	Paulina	Paulina	Paulina		X	
11	22400514703	RAFAEL ELIAS RUIZ NUÑEZ		X		X	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael		X	
12	00200159630	ANACAONA VALENZUELA ROSARIO	X			X	Anacaona	Anacaona	Anacaona	Anacaona		X	
Total			11	1		12						Total	12

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)

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 marcara con una X la opción descada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcara 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:**  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

**Nombre de la capacitación:**  
Power Point

**Objetivo de la capacitación:**  
Lograr mejorar de manera clara y precisa la creación de presentaciones en power point, crear presentaciones objetivas, creando diapositiva, modificándolas, eliminando y actualizando cuando sea necesario realizar las asignaciones propuesta por el docente, quien lo estará guiando permanentemente para así lograr los objetivos planteados anteriormente el o la participante serán capaz de manejar el programa power point de manera clara y precisa con todos sus elementos

**Población enfocada:**  
MM/ O

**Contenido de la capacitación:**  
Definir el programa Ms power point, como crear diapositivas, eliminarla y modificarla, como crear presentaciones, organizar las diapositivas, como duplicarlas, moverlas para establecer un orden secuencial ascendente, como diseñar una presentación, como diseñar una presentación efectiva, manejo de objetos,

**Carga horaria:** 16 Horas

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

**Recursos didácticos y logísticos:**  
Computadoras para cada participante, Material de apoyo para soporte de la capacitación, un proyector, una pantalla no menos de 40", un salón climatizado para tales fines

  
**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