

FECHA: 27/5/2023**DATOS GENERALES****Lugar:** DCSNS ☐ SRS ☐ Hospital ☒ CPN ☐***Nombre del lugar:** Hospital Dr. Vinicio Calventi**Área:** Recursos Humanos**Nombre de la Actividad:** Ejecución Plan de Capacitación SRS-2023**Código POA (Si aplica):** 3.2.1.1.01**INTRODUCCIÓN**

Con nuestro plan de capacitación buscamos la educación continua y la mejora en el desarrollo de sus funciones de cada uno de nuestros colaboradores, con el fin de obtener un servicio de calidad con calidez para nuestros usuarios. Esto de la mano y en conjunto con nuestros entes capacitores el Instituto de Formación Técnico Profesional (INFOTEP) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).

OBJETIVO DEL INFORME

El objetivo de esta capacitación es incentivar la productividad de los participantes mediante las técnicas más relevantes sobre gestión de tiempo para un mejor desempeño en sus metas profesionales e institucionales.

METODOLOGIA (Si aplica)

1- Concepto y definiciones, 2- Planificación y Productividad, 3- Como lograr Resultados Positivos, 4- Conduciendo hacia las Metas, 5- Mitos y Realidades, 6- Gestionando el Área del Trabajo.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Durante el mes de mayo nuestro centro de salud, impartió la capacitación de "Manejo Efectivo del Tiempo" para el personal de Atención al Usuario, Seguros Médicos y secretarías.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Con esta capacitación se espera tener un personal más eficiente en el desarrollo de sus funciones y con mejor rendimiento y manejo del tiempo durante su jornada laboral.

RECOMENDACIONES

Dar continuidad al plan de capacitación 2023, con la finalidad de tener un personal más capacitado para brindar un mejor servicio.

ANEXOS (Si aplica)

Anexos: Listados de participantes, convocatoria del personal, diseño de capacitación de INFOTEP

Instrucciones de llenado:

***Indique nombre del lugar:** Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

Licda. B. Kiana Suarez

Elaborado por
(Nombre y apellido)



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:

Metropolitana

Nombre de la empresa:

Hospital Dr. Vinicio Calventi

Nombre de la capacitación:

Administración Efectiva del Tiempo

Objetivo de la capacitación:

Incentivar y elevar el nivel de productividad

de los participantes mediante las técnicas más relevantes sobre gestión
de tiempo, para un mejor desempeño en sus metas profesionales
e institucionales.

Población enfocada:

Mandos medios y gerentes

Contenido de la capacitación:

I. - Concepto y definiciones, II. - Planificación y productividad
III - Como lograr resultados positivos, IV - Conduciendo las metas
V. - Mitos y realidades, VI - Gestionando el area de trabajo,
VII - Gestión de las reuniones.

Carga horaria: 8 Horas

Perfil del facilitador:

Profesional del área con experiencia laboral y docente

Recursos didácticos y logísticos:

Data show o proyector, rotafolio, lapiz y papel para participantes, marcadores, alcohol o gel,
audio.

Martiny Mota de León
Firma contraparte de la empresa y fecha:
fecha:

[Firma]
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 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 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

Nombre de la Actividad: Taller de Manejo Efectivo del Tiempo

Área Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 25/5/2023

 Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 2:00pm

Lugar/Plataforma: Salon de Conferencia Dr. Adriano Reyes Paulino del Hosp. Dr. Vinicio Calventi.

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
María Cevallos	F	22400230058	Enc	Atención al Usuario	[Firma]	809-848-2325
Milchred Beltré	F	2240026917-0	Suprv.	Atención al usuario	M.B	829-561-2394
Alejandrina Montero	F	2240010720-1	Asistente	Asistente financiera	[Firma]	829-644-4176
Espinoza Santamaría	F	402-3535242	aux	atención al usuario	[Firma]	809-619-0759
Casilda de los Corpeiros	F	001-0958832	Aux.	Atención al Usuario	[Firma]	829-560-5755
Raquel Esther Camilo	F	00117542266	QUX	Atención al Usuario	[Firma]	809924-1423
Enrique A. Vazquez Jover	F	049-0003526	aux	Atención al usuario	[Firma]	829-261-3745
Solmaris Amaris Gómez	F	001-0889006	Supervisora	Atención al usuario	[Firma]	829-375-2741
Ailin Yara Sánchez Fariña	F	001-1614091-4	aux	Atención al usuario	[Firma]	809-961-1204
Cristina Maite Mota	F	001-1531454-1	AUX	Atención al usuario	[Firma]	829779-1323
Ingrid Sandoval González	F	402-2250992	Gestora	Atención al usuario	[Firma]	8299-23-3507
Manirio Mota	F	223-0091459	Secretaria	Emergencias	[Firma]	809-1054-4586
Johnny N. Siles A.	F	402-19906675	Secretaria	Medicina Interna	[Firma]	829-457-6206
Alejandro Martínez Pérez	F	001-0698497-5	AUX	Atención al usuario	[Firma]	849-352-5512
Georgina Montero M.	M	224-0030302-4	AUX	Atención al usuario	[Firma]	829-704-3694
Roberto Magu / Ortiz	F	001-0900234-5	AUX	Hospitalización	[Firma]	829-894-0637

*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

[illegible]

***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 7

Código de la Acción Formativa: 20230708171
Nombre de la Acción Formativa: MANEJO EFECTIVO DEL TIEMPO
Institución / Empresa: HOSPITAL DOCTOR VINICIO CALVENTI

Fecha de Inicio: 28/05/2023
Fecha de Término: 28/05/2023
Horario: Domingo
08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

Facilitador(a):
OSVALDO FIGUEROA ARAUJO

Participantes			Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	22400269175	MILDRED BELTRE NUÑEZ	X			X	Mildred						
2	00117542266	RAQUEL ESTHER CAMILO	X			X	Raquel						
3	00109588392	CASILDA CUEVAS CONCEPCION	X			X	Casilda						
4	40226098438	ADRIA CRISTINA DIAZ ALMANZAR	X			X	Adria						
5	40228287286	LEYDI DIANA ENCARNACION	X				Leydi						
6	22400270058	MARIA DEL CARMEN GENAO ROSARIO	X			X	Maria						
7	00108880006	YOHAIRA DAMARIS GOMEZ	X			X	Yohaira						
8	40222509792	INGRI CASANDRA GONZALEZ MEDINA	X		X		Ingri						
9	40230157766	LEUANNY JAIME MORALES	X			X	Leuanny						
10	00115314841	CRISTINA MARTES MOLA	X			X	Cristina						
11	22300914599	YANIRIS MATOS PEREZ	X			X	Yaniris						
12	22400107201	ALEJANDRINA MONTERO MORA	X			X	Alejandrina						
13	22400303024	LEONARYS MONTERO MORILLO		X		X	Leonarys						
14	22900101555	MARLENY MOTA DE LEON	X			X	Marleny						
15	40214908675	YOMAIRY NATHALY NIEVES ARIAS	X		X		Yomairy						
16	00109002345	POLA RAQUEL ORTIZ	X			X	Polaz						
17	00107165771	OLIS YODENMIS PEREZ MELO		X		X	Olis						
18	03105764033	ESTEFANI ARLIN RODRIGUEZ FRANCISCO	X			X	Estefani						
19	00116140914	AILIN YARISA SANCHEZ FAMILIA	X			X	Ailin						
20	40225799846	YOMIRA DESIRE SANCHEZ SANCHEZ	X			X	Yomira						
21	40233352422	ESPERANZA MICHELLE SANTAMARIA SOSA	X			X	Esperanza						
22	00106984875	ALTAGRACIA MARISQUELINE SOTO PIMENTEL	X			X	Altagracia						
23	04900035306	TANNY ANTONIA VASQUEZ JAVIER	X			X	Tanny						
Total			21	2	2	20						Total	

Observaciones: _____

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

N/C = No califica

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Marleny Uota
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 Período.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nómina 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.