

Código de la Acción de Capacitación: 20230710175

Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 29/06/2023  
 Fecha de Término: 29/06/2023  
 Horario: Jueves 08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8

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

Facilitador(a):  
AUDREY RAFAELINA REVYOSO VARGAS

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	Firma Asistencia de los Participantes						
1	00113795231	ANA JOSEFINA ABAD GARCIA ✓	X		X								C
2	00100662709	URBANA AL EGRE PLASENCIA ✓	X		X								NC
3	02700294685	AURA MAVEL CONTRERAS PAULINO ✓	X		X								
4	00107889107	MARIA ALTAGRACIA FRANCISCO FRANCISCO ✓	X		X								
5	05300003190	MARIBEL DILENIA GRULLON DURAN ✓	X		X								
6	22300113689	ARLETTE BIENVENIDA MATOS ROSARIO ✓	X		X								
7	03103618538	CRISTINA NAIROBI PEREYRA CASTRO ✓	X		X								
8	00112269352	JUAN HENRY POUERLET		X		X							
9	00115335788	FELICIA DE LA CRUZ RAMIREZ DIAZ ✓	X		X								
10	04700233960	GIANNA MARIEL RAMOS AGUERO ✓	X		X								
11	04900701220	ANAYA REYES LARA ✓	X		X								
12	04900356660	JUANA ELVIRA RODRIGUEZ GRULLON ✓		X		X							
13	40221026608	KOCOSIN SANTANA JOA ✓		X		X							
14	03700774833	WILSON DANIEL SANTANA MERCADO ✓		X		X							
15	22300088345	JESUS MANUEL SPENCER CAMPUSANO ✓		X		X							
Total			11	4	14								

Observaciones:

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

Certificado: Físico  Web

Asesor(a) \_\_\_\_\_ Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto. \_\_\_\_\_



*Audrey Revyoso Vargas*  
Facilitador(a)

Asesor(a)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.

### Instructivo de llenado del RTI-67-PT-ONA-040

**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

**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 descada por la empresa, es decir, si quiere certificado fisico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

# Capacitación Humanización de los Servicios de Salud

