



Nombre de la Actividad: RELACIONES HUMANAS

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS Código HPRRC-3.2.1.1.01

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Fecha: 18/7/2023

Hora: 8:30 A.M.

Lugar/Plataforma: SALÓN HUGO MENDOZA

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
YAMIRCA PLATA PEÑA	F	020-0016641-9	ENFERMERA	ONCOLOGIA.	YAMIRCA PLATA	YAMILKAPLATA6@GMAIL.COM
Madelin Francisco Díaz	F	225-0061419-7	Admisión	Facturación	Madelin Fran.	MadelinFranciscoDiaz@GMAIL.COM
Scarlette Vargas	F	402-2990262-8	Imagen	FACTURACION	SCARLETTE V.	SCARLETTEVARGAS337@GMAIL.COM
Johanna Penelope Gil	F	224-0026185-9	Secretaria	Hemato-OncoLogia	Johanna Gil	Johanna POSI@HOTMAIL.COM
Elizabeth Morales	F	001-0367533-6	Secretaria	Hemato OncoLogia	Elizabeth Morales	Elizabethmorales17@HOTMAIL.COM
Poola Fatucia Melendez	F	402-2061278-8	Encargada	Atención al usuario	Poola Melend	PoolaMelendez22711@GMAIL.COM
Brenda Yaret Collado Cruz	F	402-1518668-1	AUXILIAR	Atención al usuario	Brenda Collado	Brendacollado10@gmail.com
Antonia Yajaira	F	225-0079557-4	Secretaria	Hematología	Antonia Yajaira	Antoniayajaira621@HOTMAIL.COM
Cindy A. Solís Gomez	F	402-2908002-9	Auxiliar	Facturación	Cindy Solís	Cindyachrisom702@gmail.com
Jean Paul Camacho Tapia	M	402-096015-8	Auxiliar	Facturación	Jean Paul Camacho	Jct815@hotmail.com
Jennyfer de los Santos	F	002-0170729-6	auxiliar	Quemad/aux enferia	Jennyfer de los Santos	829-8600810
Aruby Y. Kanario Filiz	F	402-1883275-2	Digitalista	Facturación	Aruby Y. Kanario	829-556-6820
Alex Jose Cerda	M	402-3093763-9	Digitalista	Estadística	Alex Jose	809-920-3701
Leonardo Lara	M	402-1560160-6	Digitalista	Estadística	Leonardo Lara	829-542-8750
Stephany Paola Beigiot	F	223-0063666-3	Secretaria	Mantenimiento	Stephany Paola	(829) (963-4460)
Claudia Alberto	F	1280000314-2	AX Enferm	M. U	Claudia Alberto	829-8165654

*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	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Guilbermina Soto	F	002-0169834-8	Enfermera	Departamento Enfermería	Guilbermina Soto	Guilbermina.soto@gmail.com
Georgina Encarnación	M	0010374503-0	Enfermera	MZ	Encarnación Soto	829 3081364
Rosanna Eunice Piñero	F	2240049871-7	Enfermera	MZ	Rosanna Piñero	829-274-0179
Amanda Mateo Ruiz	F	224-0046423-0	Enfermera	ENFERMERIA	Amanda Mateo	848-623-2060
Irma Saquelin Aguiar	F	140-0000118-1	Enfermera	DPT Enfermería	Irma S. Aguiar	SaquelinAguiar23@gmail.com

*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.

Código de la Acción de Capacitación: 20230710095
 Nombre de la Acción de Capacitación: RELACIONES HUMANAS
 Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 18/07/2023
 Fecha de Término: 18/07/2023
 Horario: Martes
08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

Facilitador(a):
 VICENTA MARICRUZ GUZMAN OLIVARES

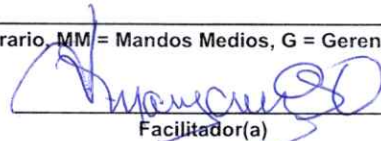
No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	14000001181	IRMA JACQUELIN AGUERO AGUERO	X			X	Irma J. Agüero						
2	22300636663	ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ	X			X	Estephany P. Beriguete						
3	40209601158	JEAN PAUL CAMACHO TAPIA		X		X	Jean Paul C. Tapia						
4	40230937639	ALEX JOSE CERDA JIMENEZ		X	X		Alex Jose C. Jimenez						
5	40215186681	BRENDA YANET COLLADO CRUZ	X			X	Brenda Y. Collado						
6	00201707296	JENIFFER DE LOS SANTOS	X			X	Jennifer de los Santos						
7	22500812049	MARIA ESTEFANY DE PAULA LORA	X			X	Maria Estefany de Paula Lora						
8	00103745030	JEORGINA ENCARNACION SOLIS	X			X	Georgina Encarnación Solís						
9	22500614197	MADIELIN FRANCISCO DIAZ	X			X	Madelin Francisco Diaz						
10	22400261859	JOHANNA PENELOPE GIL JIMENEZ	X			X	Johanna Gil Jimenez						
11	40215601606	LEANDRO SEBASTIAN LARA MIGUEL		X		X	Leandro S. Lara Miguel						
12	22400464230	AMANDA MATEO RUIZ	X			X	Amanda Mateo Ruiz						
13	22500795574	ANTONIA ALTAGRACIA MEJIA	X			X	Antonia Altagracia Mejia						
14	40220612788	PAOLA PATRICIA MELENDEZ ADRIAN	X			X	Paola Melendez Adrian						
15	00103675336	ELISABETH MORALES RAMOS	X			X	Elisabeth Morales Ramos						
16	22400498717	ROSANNA EUNICE NUÑEZ MORDAN	X			X	Rosanna E. Nuñez Mordan						
17	12800003142	CLAUDIA DIGNORA OLIVERO TERRERO	X			X	Claudia Dignora Olivero Terrero						
18	02000166419	YAMIRCA PLATA PEÑA	X			X	Yamirca Plata Peña						
19	40218832752	ANNY YOKASTA ROSARIO FELIZ	X			X	Anny Yokasta Rosario Feliz						
20	40229080029	CINDY ADRIANA SOLIS GOMEZ		X		X	Cindy Adriana Solis Gomez						
21	00201688348	GUILERMINA MARIBEL SOTO RAMIREZ	X			X	Guilermína Maribel Soto Ramirez						
22	40229902628	SCARLETTE VARGAS RAMOS	X			X	Scarlette Vargas Ramos						
Total			18	4	1	21						Total	

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 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 Período.

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 fisico 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 o Institución:

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Nombre de la Capacitación:

Relaciones Humanas

Objetivo de la Capacitación:

Que los y las participantes de este curso – taller "Relaciones Humanas" Estén en condiciones de tener unas Relaciones interpersonales perdurables y que esto se manifieste en un Ambiente Laboral Agradable y Armonioso.

Población Enfocada:

Operarios / Mandos Medios/ Gerentes

Contenido de la Capacitación: 1-Objetivo General

2-Introducción

3-Importancia de unas Relaciones Duraderas

4-Definiciones de Relaciones Humanas

5-Beneficios de unas Buenas Relaciones Humanas

6-Causas de las Relaciones Negativas

7- ¿Que Caracteriza a las Personas con Buenas RH?

8-Elementos de unas Buenas RH

9-Actitud Positiva

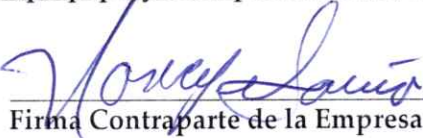
10-Resumen

Carga Horaria: 8 horas

Perfil del Facilitador: Profesional con experiencia laboral y docente en el área

Recursos Didácticos y Logísticos:

Laptop, proyector, presentación, bocinas, videos, dinámicas, etc ...


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

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 o institución.

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 institución 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.

Actividad: Curso Relaciones Humanas 18/7/2023

