



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-OncoLogica	Johanna Gil	JohannaPOS13@Hotmail.com
Elizabeth Morales	F	001-0367533-6	Secretaria	Hemato OncoLogica	Elizabeth Morales	Elizabethmorales17@Hotmail.com
Poola Fatuvia Melendy	F	402-2061278-8	Encargada	Atención al usuario	Poola Melendy	PoolaMelendy22711@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@hotmai.com
Jennyfer de los Santos	F	002-0170729-6	auxiliar	Quemad/aux enferia	Jennyfer de los Santos	829-8600810
Aruby Y. Manaric Filiz	F	402-1883275-2	Digitalista	Facturación	Aruby Y. Manaric	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 Roberto	F	1280000314-2	AX Enferm	M. U	Claudia Roberto	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.



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: \_\_\_\_\_

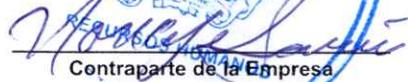
Facilitador(a):  
 VICENTA MARICRUZ GUZMAN OLIVARES

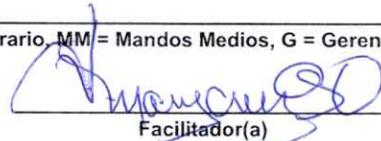
No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado		
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC	
1	14000001181	IRMA JACQUELIN AGUERO AGUERO	X			X	Irma J. Agüero							
2	22300636663	ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ	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 Mejía							
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

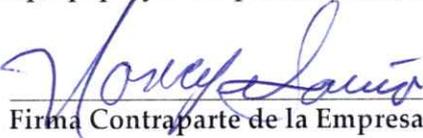
10-Resumen

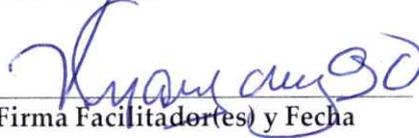
**Carga Horaria:** 8 horas

**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 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 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

