

**Nombre de la Actividad:** INTELIGENCIA EMOCIONAL

**Área Responsable:** DIVISION DE RECURSOS HUMANOS **Código HPRRC-3.2.1.1.01** **Fecha:** 13/7/2023

**Modalidad de la Reunión:** Virtual  Presencial  **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
María E. de Paula Lara	F	225-0081204-4	Atención U.	Atención al usuario	María E. de Paula	E.depaulalara@gmail.com
Andriana Hernández	F	402-21666403	Enfermería	Atención directa	Andriana Hernández	Andriana.hernandez02@gmail.com
Magdalen Francisca Díaz	F	225-0061419-7	Farmacéutica	Admisión (Emergencias)	Magdalen F. Díaz	MagdalenFranciscaDiaz@gmail.com
Zolonia de Jesús	F	0080010062-0	Atención U.	HPRRC NCX	Zolonia de Jesús	Zolonia.dejesus61@gmail.com
Margdalena Dolores Proesa	F	012-0001991-5	Psicóloga	H. P. M. e.	Margdalena Proesa	Margdaleuorosa.1531@gmail.com
Eric De Los Angeles Vallejo	F	001-1321627-9	Auditor/a Médica	HPRRC	E Vallejo R	Mdevevallejo@gmail
Rosanna Elvira Núñez	F	224-0049871-7	aux de enfermería	HPRRC	Rosanna Núñez	rosannaelvira.nunez@gmail.com
Yekaira Alcántara	F	402-1224073-7	Facturación	Epidemiología	Yekaira Alc	
Yaneuris Lara Montiel	F	068-0048288-4	atención directa	oncología	Yaneuris Lara Montiel	yaneurislaras24@gmail.com
Ana Gabriela Lugo	F	402-1206126-7	Atención directa	HPRRC M-4	Ana Gabriela Lugo	AnaGabrielaLugo2018@gmail.com
María Alt. Morales Ortega	F	402-2939-7787	Secretaria	Administración	María Alt. Morales	mariaaltmoraless10@gmail
Emilienne Concepción Pérez	F	012 00834060	Enfermería	Oncología	Emilienne Pérez	emilyperez4020@gmail.com
Evelyn A. Ramos	F	037-0089168-6	Docente	Departamento Enfermería	Evelyn Ramos	e-a-ramos@hprmail.com
alef Jose Cerda	M	402-30937634	Digitador	Estadística	alef Jose Cerda	alefjose2300@gmail
Leonardo Lara	M	402-1560160-0	Digitador	Estadística	Leonardo Lara	Leonardolara192031@gmail
Carmen M. de la Cruz	F	031-00530389	Modelista	Taller de Costura	C.M. de la Cruz	629-562-7823

\*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.

1 | Página







Código de la Acción de Capacitación: 20230710090  
 Nombre de la Acción de Capacitación: INTELIGENCIA EMOCIONAL  
 Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 13/07/2023  
 Fecha de Término: 13/07/2023  
 Horario: Jueves  
08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: \_\_\_\_\_

Facilitador(a):  
 HECTOR BOLIVAR MENDEZ JIMENEZ

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	40212240937	YERAICA ALCANTARA ALCANTARA	X		X		Yeraika						
2	01200834065	EMILIANA CANARIO PEÑA	X			X	Emiliana						
3	40230937639	ALEX JOSE CERDA JIMENEZ		X			Alex						
4	00800100620	POLONIA DE JESUS SANTOS	X			X	Polonia						
5	03100530389	CARMEN MILEDY DE LA CRUZ BARTOLO	X		X		Carmen						
6	01200019915	MARIA MAGDALENA DE LA ROSA DE LA ROSA	X			X	Maria						
7	22500812049	MARIA ESTEFANY DE PAULA LORA	X			X	Maria						
8	00115141764	ALTAGRACIA DIAZ FILPO	X			X	Altagracia						
9	22500614197	MADELIN FRANCISCO DIAZ	X			X	Madelin						
10	00101129971	YRMA ALTAGRACIA GONZALEZ LANTIGUA	X			X	Yrma						
11	00103521118	CARMEN ORQUIDEA GONZALEZ SEVERINO	X			X	Carmen						
12	40221666403	ANDREINA HERNANDEZ CASTILLO	X			X	Andreina						
13	40215601606	LEANDRO SEBASTIAN LARA MIGUEL		X		X	Leandro						
14	06800482884	YANEURIS LARA MONTAS	X			X	Yaneuris						
15	40212061267	ANA GABRIELA LUCAS CAMPUSANO	X			X	Ana						
16	40229397787	MARIA ALTAGRACIA MORALES ORTEGA	X		X		Maria						
17	22400498717	ROSANNA EUNICE NUÑEZ MORDAN	X			X	Rosanna						
18	03700891686	EVELYN AWILDA RAMOS OSORIA	X			X	Evelyn						
19	00113216279	EVE DE LOS ANGELES VALLEJO RAMIREZ	X			X	Eve						
20	00200498251	MISOTIS VICTORINO RODRIGUEZ	X			X	Misotis						
Total			18	2	3	16						Total	

Observaciones:

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

Certificado: Físico  Web

Maryela Lara  
 Contraparte de la Empresa

Hector Méndez  
 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 físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcara con una X en el recuadro Web.



RT-02-PT-ONA-040  
Edición 7

## DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional: Metropolitana

Nombre de la empresa: Hospital Infantil Dr. Robert Read Cabral

Nombre de la capacitación: Inteligencia Emocional

Objetivo de la Capacitación: Alconcluir el Curso-Taller sobre inteligencia Emocional los participantes podrán conocer los orígenes de la inteligencia emocional y cómo esta incide en el ámbito laboral para un mejor desempeño

Población Enfocada: A todo el personal del centro de Atención al Cliente, áreas especializadas, (analistas, asistentes, oficiales). Mandos altos y medios de la empresa, y todo aquel personal involucrado con estas áreas afines

Contenido de la Capacitación: Inteligencia Emocional; Distintos Tipos de Inteligencia; Seis principios de la Inteligencia Emocional; Cuatro Técnicas De La Inteligencia Emocional; Datos a que se deben las emociones; Inteligencia Emocional; Uso del Término Inteligencia Emocional; Leuner y el Uso del Término Inteligencia Emocional; Poder de las Emociones sobre la mente; El Cerebro y la Inteligencia Emocional; Cerebro Pensante (Neocortex); La sede de las Pasiones;

Carga Horaria: 8 horas

Perfil del Facilitador: Profesional del área, experiencia laboral y docente.

Recursos Didácticos y Logísticos: Laptop - Proyector - CD - Memoria - Pizarra - Marcadores

[Firma]  
Firma contraparte de la empresa y fecha

Héctor Méndez  
Firma facilitador(es) y fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma Asesor y fecha

## **Instructivo de llenado del RT-02-PT-ONA-040**

**Gerencia Regional:** Se escribe el nombre de la Gerencia 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.



Actividad: Curso Inteligencia Emocional 13/7/2023

