



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20230709228
Nombre de la Acción de Capacitación: SUPERVISION EFECTIVA
Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 19/07/2023
Fecha de Término: 19/07/2023
Horario: Miércoles 08:00-16:00

Facilitador(a): BELKY MELANIA ROBLES THEN

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

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							
1	01700268867	YOBER ALCANTARA DURAN		X	X								X
2	00114401136	YVELISSE AVBAR QUEZADA	X		X								X
3	00114273089	ROSA MARIA BATISTA ROSARIO	X		X								X
4	40212382259	EDISSON MIGUEL CHALAS ACEVEDO		X	X								X
5	00104292586	SOLANGE ALTAGRACIA DE JESUS GUTIERREZ	X		X								X
6	40224151809	INDIRA MARELY DE LA ROSA MATOS	X		X								X
7	10400210794	MARLYN YASMIN DIAZ MATEO	X		X								X
8	40241174610	OLKIDI FELIZ CABRERA		X	X								X
9	00200636470	ANAIBE FRANCISCA FELIZ FELIZ	X		X								X
10	09300473577	JENNY AGUSTINA FILION ROSARIO	X		X								X
11	22400148106	RITA KARINA GOMEZ RODRIGUEZ	X		X								X
12	02301631350	NOEMI GUERRERO	X		X								X
13	40226980957	SHAYRA KRISTAL HERNANDEZ GARCIA	X		X								X
14	05300178240	MARIA CATALINA INFANTE	X		X								X
15	00112108949	ESMERALDA LORA	X		X								X
16	00115618431	LUCIA ALTAGRACIA REYES AMPARO	X		X								X
17	22300807892	RICHARD MANUEL SUAZO REYES		X	X								X
18	00111995031	LIBBETH JANÓY TORRES DE LOS SANTOS	X		X								X
Total			14	4	17								



Observaciones:
Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operador, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado. C = Califica NIC = No califica
Coordinador(a) de la Empresa: _____
Facilitador(a): _____
Asesor(a): _____
Certificado: Físico Web

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 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 coquejo 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.

Certificador: 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.