

Nombre de la Actividad:

CAPACITACIÓN COMUNICACIÓN EFECTIVA

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Código HPRRC-3.2.1.1.01

Fecha: 5/9/2023

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial
Hora: 2:00 P.M.

Lugar/Plataforma: SALÓN HUGO MENDOZA

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Paula Melendez	F	402-2001278-8	Encargada	Dept ATU (H.I.R.R.C)	[Firma]	829-353-6947
Sarina Medina	F	001-17159665	Encargada	ARCHIVO	[Firma]	829-513-2676
Eve De Los Angeles Vallejo	F	001-1321627-9	AUDITORIA MEDICA	HPRRC	S. Vallejo	829-912-1671
Yanela Otero Diaz	F	093-0052237-3	Enfermera	HOSP hh e Infección	Yanela Otero	809-3537798
Sebastian Lara	M	402-1860160-6	Asistente	Farmacovigilancia	Sebastian	829-542-8950
Miri Cruz	F	229-0120123-6	Secretaria	Endocrin	Miri	809-986-2836
Blanca Roselin Rivera	F	001-0385053-3	Secretaria	Consulta Infectología	Blanca	8296961660
Chabela Refresco Gomez	F	001-0423856	Secretaria	Consulta Gastro	Chabela	829-782-3858
Coquelet Maria Perez	F	001-1521487-5	Coordinadora	Psicología	Coquelet	829-981-2010
Maria Cristina Jimenez	F	402-119131-0	Enfermera Atención Primaria	ONCOLOGIA	Maria	809-283-4253



*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: 20230713473
 Nombre de la Acción de Capacitación: COMUNICACIÓN EFECTIVA
 Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 15/08/2023
 Fecha de Término: 15/08/2023
 Horario: Martes
 08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

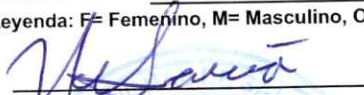
Facilitador(a):
 HECTOR BOLIVAR MENDEZ JIMENEZ

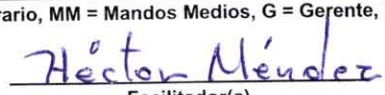
No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	22301201236	YEISI CAYO	X			X	Yeisi						
2	40230937639	ALEX JOSE CERDA JIMENEZ		X		X	Alex						
3	40215601606	LEANDRO SEBASTIAN LARA MIGUEL		X		X	Leandro						
4	00117159665	SARINA MEDINA GARCIA	X			X	Sarina						
5	40220612788	PAOLA PATRICIA MELENDEZ ADRIAN	X			X	Paola						
6	40229397787	MARIA ALTAGRACIA MORALES ORTEGA	X			X	Maria						
7	09300522373	YANELA OTAÑO DIAZ	X			X	Yanela						
8	00115214785	CARMEN MARIA PEREZ MATOS	X			X	Carmen						
9	00104123856	ANDREA REYNOSO GOMEZ	X			X	Andrea						
10	00103850533	BLANCA ROSSELIN RIVERA BAEZ	X			X	Blanca						
11	22500474667	ANNY YOCAIRA ROSARIO FELIZ	X			X	ANNY						
12	00113216279	EVE DE LOS ANGELES VALLEJO RAMIREZ	X			X	EVE						
13	40211791310	MARIA CRISTINA VIZCAINO RAMIREZ	X			X	Maria						
Total			11	2		12						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 nómina 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.

DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional: Metropolitana

Nombre de la Empresa o Institución: Hospital Infantil Dr. Robert Read Cabral.

Nombre de la Capacitación: Comunicación Efectiva

Objetivo de la Capacitación: Finalizada la formación los participantes estarán en capacidad de reconocer por parte de los gerentes directivos y encargados de secciones el uso de la comunicación efectiva en las organizaciones. Establecer la importancia que reviste la comunicación efectiva en una organización frente a todos los componentes que interactúan en la empresa.

Población Enfocada: Operarios/Mando Medios/ Gerente

Contenido de la Capacitación: Complejidad en la comunicación, distorsión en la comunicación barrera en la comunicación efectiva, características de las personas efectivas, obstáculo de la comunicación, éxito de una discusión, mejor comunicación interpersonal, consejos para quienes deseen comunicar, tipos de comunicación organizacional, comunicación descendente, comunicación ascendente.

Carga Horaria: 8 horas

Perfil del Facilitador: Licenciado en Psicología y Doctor en Derecho, con experiencia docente

Recursos Didácticos y Logísticos: Laptop, Cds, Memoria, Pizarra, Marcadores, Proyector y Plasma

Mónica López
Firma Contraparte de la Empresa y Fecha

Héctor Méndez
Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha

Actividad: Capacitación Comunicación Efectiva 5-9-2023

