

Código de la Acción de Capacitación: 20231012281
 Nombre de la Acción de Capacitación: RELACIONES INTERPERSONALES
 Institución / Empresa: HOSPITAL PROVINCIAL BELLA VISTA

Fecha de Inicio: 28/09/2023
 Fecha de Término: 28/09/2023
 Horario: Jueves
08:00-16:30

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

Facilitador(a):
 ELIZABETH MUÑOZ VARGAS

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	03100157092	DOMINGO ANTONIO CRISTOBAL AMOR JIMENEZ		X		X							
2	03103905141	ROSANNA KAIBER BAEZ SANCHEZ	X			X	Rosanna Kaiber						
3	03101156523	BEKENNY BALL ALMONTE	X			X	Bekenny Ball						
4	03104816867	TAMAIRA CABRERA GARCIA	X			X	Tamaira Cabrera						
5	03104867712	MADELYN ALTAGRACIA CABRERA PICHARDO	X			X	Madelyn Cabrera						
6	03104540996	BANESSA DEL CARMEN CAIMARES AYBAR	X			X	Banessa Caimares						
7	40222013969	JHANNA MASIEL CASTILLO GOMEZ	X			X	Jhanna C						
8	40220488254	ESTEFANY MERCEDES CRUZ GOMEZ	X			X	Estefany Cruz						
9	03101141053	ELEONOR DEL PILAR DURAN TEJADA	X			X	Eleonor						
10	SA5363752	BRENON EUSTACHE		X	X		Brenon Eustache						
11	40209386446	CAROLINA ESTELA GARCIA CAPELLAN	X			X	Carolina Garcia						
12	03105004000	XIOMARA ELIZABETH GERMAN TAVAREZ	X			X	Xiomara German						
13	40219973365	LEUDY LOPEZ PEREZ		X		X	Leudy Lopez						
14	03104968361	ANA EMPERATRIZ MARTINEZ GUTIERREZ	X			X	Ana Martinez						
15	03103791558	YOHEL Y INMACULADA MORA APOLINARIO	X			X	Yohely Mora						
Total			12	3	1	14						Total	

Observaciones: PRESENCIA MEDIA HORA DE ALMUERZO.

Legenda: 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.



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: _____ Fecha de inicio: _____
 Nombre de la Acción de Capacitación: _____ Fecha de término: _____
 Institución/ Empresa: _____ Horario: _____
 Facilitador(a): _____ Total Horas Programadas: _____ A pagar _____

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	Firmas asistencias de los participantes					C	N/C
1	031-0186197-3	Angela maria almonte					Angela Almonte						
2	031-0394293-8	Awilda Baez					Awilda Baez						
3	031-0178105-6	Lucila Vargas					Lucila Vargas						
4	402-4054325-2	Jennifer Jimenez					Jennifer Jimenez						
5	031-0292501-7	Cornelio Perez					Cornelio Perez						
6	402-3320350-0	Erika morillo					Erika morillo						
7	031-0439037-6	Michael Santana					Michael Santana						
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
Totales													

Leyendas:

F= Femenino, M= Masculino, OP= Operario, MM = Mardos Medtes, G= Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica

Certificado Físico Veb
 OBSERVACIONES:



[Handwritten Signature]

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.