

Nombre de la Actividad: MANEJO EFECTIVO DEL TIEMPO

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial
Lugar/Plataforma: SALÓN PADOVANI

Fecha: 10/10/2023

Hora: 8:00 a. m.

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Maria E Ogondo	F	001-1887459-3	Enfermera	H.R.H.C, M-2	Maria E Ogondo	829-714-7556
Nena Lara Obgado	F	402-2307487-1	Enfermera	H.R.H.C cirugía	Nena Lara	849-607-1200
Evelyn y Aguero	F	002-01306918	Enfer	H.R.H.C (Cirugía)	Evelyn Aguero	829-394-1130
Juán Jesús Moricete	M	402-2127233-5	Digitador	H.R.C Estadística	Juán Jesús Moricete	849-370-7253
Sicrambel Polinario		1040001668	Compañía	M-U	Sicrambel Polinario	809-9113-2096
Guillermina Soto	F	002-0168834-8	Enfermera	M-4	Guillermina Soto	829-398-8414
Blanca Rosell Rivera B	F	001-0385053-3	Secretaria	Consulta Infectología	Blanca Rosell	829-696-1660
Sarina Medina	F	001-1715966-5	Encargada	ARCHIVO	Sarina Medina	829-513-2676
Evelyn Galay	M	402-2012138-4	AUXILIAR	H.R.H.C, ATENCION AL USUARIO	Evelyn Galay	849-802-1317
Emiliana Noya	F	0650021043-7	Enfermera	H.R.H.C (UCIP)	Emiliana Noya	809-702-5443
Maria Bory	F	001-0192237	A.T.U	H.I.R.R.C	Maria Bory	849-804-1967
Jaira M Perez D.	F	1060005916-5	aux op	Enfermera H.R.H.C neumología	Jaira M Perez	829-799-8081
Paola Patricia Melendy	F	402-2061277-7	Encargada	H.I.R.R.C A.T.U	Paola Patricia Melendy	829-353-6947
Angelita Reynoso Mata	F	223-0082783-3	Enfermera	H.R.H.C M4	Angelita Reynoso	829-407-1317
Yvelyn Linares	M	1130012555-5		RRHM	Yvelyn Linares	809-877-5777
Leonora Lara	M	402-15601606	Digitador	H.R.H.H	Leonora Lara	829-542-8750

***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: 20230716532
 Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO EFECTIVO DEL TIEMPO
 Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 10/10/2023
 Fecha de Término: 10/10/2023
 Horario: Martes
08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

Facilitador(a):
 OSVALDO FIGUEROO ARAUJO

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	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC	
1	00201306818	EVELYN YUDELKA AGUERO CORPORAN	X			X	Evelyn Aguero								
2	00101921237	MARIA DOLORES BAEZ PEREZ	X			X	Maria								
3	40220971614	DOMINGA CALDERON SANCHEZ	X			X	Dominga Es								
4	40226305288	ESLAINA MICHELLE DE LA ROSA POLEON	X			X	ESLAINA								
5	40209994827	MASSIEL FABIAN LAGUE	X			X	massiel								
6	06500210437	EMILIANA JAVIER	X			X	Emiliana								
7	11300025555	YEISON PAGANEL JIMENEZ GONZALEZ		X		X	Yeison								
8	40223074671	REYNA LARA DELGADO	X			X	Reyna Lara								
9	40215601606	LEANDRO SEBASTIAN LARA MIGUEL		X		X	Leandro								
10	00117159665	SARINA MEDINA GARCIA	X			X	Sarina								
11	40220612788	PAOLA PATRICIA MELENDEZ ADRIAN	X			X	Paola								
12	40221272335	LUIS JESUS MORICETE TAVAREZ		X		X	Luis Jesus Moricete								
13	00118874593	MARIA ESTHER OGANDO DE LA ROSA	X			X	Maria Ogando								
14	40220121384	EDWIN RAFAEL PELAEZ NOVA		X		X	EDWIN								
15	10600059165	YAISA YOQUIRDE PEREZ DIAZ	X			X	YAISA								
16	10400016688	MARIBEL PULINARIO MATEO	X			X	Maribel								
17	00104123856	ANDREA REYNOSO GOMEZ	X			X	Andrea								
18	22300827833	ANGELA REYNOSO MATOS	X			X	Angela								
19	00103850533	BLANCA ROSSELIN RIVERA BAEZ	X			X	Blanca								
20	00201688348	GUILLERMINA MARIBEL SOTO RAMIREZ	X			X	Guillermina								
Total			16	4		20							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 descada 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:
Manejo efectivo del tiempo

Objetivo de la Capacitación:

Finalizada la acción formativa los y las participantes estarán en capacidad de conocer y aplicar estrategias sobre el manejo efectivo de las actividades en el tiempo que propicien una mayor efectividad en el cumplimiento de las metas institucionales y personales

Población Enfocada:
mandos medios y gerentes

Contenido de la Capacitación:

I - Definición de conceptos, II - Características del tiempo
III - Manejando las actividades IV - Teoría de los cuadrantes
V - Como evitar procrastinar
VI - Conduciendo los objetivos, VII. Tomando acción
V.II - Evaluación y cierre

Carga Horaria: 5 horas

Perfil del Facilitador:

Profesional del area con experiencia laboral y docente.

Recursos Didácticos y Logísticos:

Proyector multimedia, pizarra o rotafolio, lapiceros, hojas o libretas para participantes

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.

