



## Informe Trimestral de Ejecución del Plan de Capacitación

HPGSR 3.2.1.1.02

Nomenclatura: INAP-FAC-003

Tipo: Formulario

Version: 2

Vigencia: 22/11/2019

Fecha: miércoles, 20 de septiembre de 2023

Institución: Hosp. Prov. Gral. Sgo. Rdguez.

Trimestre correspondiente: Tercer Trimestre (Julio - Septiembre)

Capacitación Programada	Área Requeriente	Conocimientos/ Competencias a desarrollar o fortalecer	Capacitaciones Ejecutadas	Cantidad Participantes Género Femenino	Cantidad Participantes Género Masculino	Cantidad de Participante	Costo Estimado por Participante	Costo Total
Integración y Colaboración	Todas las áreas	Eficiencia para la Calidad	21/7/2023	24	4	28	\$90.00	\$2,520.00
Motivación y Trabajo en Equipo	Todas las áreas	Colaboración	10/8/2023	13	0	13	\$100.00	\$1,300.00
Actitud Laboral Positiva	Todas las áreas	Aptitud Laboral Positiva	8/9/2023	32	2	34	\$90.00	\$3,060.00
<b>TOTAL</b>							<b>RD\$6,880.00</b>	

*[Firma]*  
Responsable Dpto. de Recursos

Humanos

Firma y sello



Area requerida	Programa de Capacitación	Otra/Española	Competencia a desarrollar	Otra/Española	Cantidad de capacitaciones en Formación	Cantidad de capacitaciones en Materiales	Cantidad total de participantes	¿Cuaron personas a administrar?	Tiempo ocupacional al que personas	Perfil previsto de egresado o ingresos	Proveedor del Programa	Fuente de Recursos Humanos	
												Costo unitario	Costo total del programa
Toda la area	Capacitación e Administración Pública (Nivel I)	Desarrollo de Capacitación	Perfiles para la Calidad		25	1	26		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	0 \$	0 \$
Toda la area		Laborales	Trabaja con el equipo		10	1	11		Grupo LUBRU	Cuarto trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Identificación con la institución / Externa	Responsabilidad		10	0	10		Grupo ODEBU	Segundo trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Forma Profesional / Responsabilidad	Responsabilidad		20	0	20		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Integración y Colaboración	Eficiencia en el servicio		31	4	35		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Responsabilidad / Identificación de Riesgo	Responsabilidad y Calidad	GRUBU para Profesores y Diversificación de recursos	20	3	23		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Apoyo Laboral Frente a Emergencias en las Unidades	Manejo de Emergencias		24	0	24		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area	Comunicación Medica	Manejo de Emergencias en las Unidades	Manejo de Emergencias y Trabajo en Equipo		10	0	10		Grupo LUBRU	Segundo trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Manejo de Emergencias en las Unidades	Manejo de Emergencias		10	0	10		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Manejo de Emergencias en las Unidades	Manejo de Emergencias		10	0	10		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Manejo de Emergencias en las Unidades	Manejo de Emergencias		10	0	10		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Manejo de Emergencias en las Unidades	Manejo de Emergencias		10	0	10		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
Toda la area		Manejo de Emergencias en las Unidades	Manejo de Emergencias		10	0	10		Grupo LUBRU	Primer trimestre	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFTPE)	0 \$	0 \$
<b>Total</b>												0 \$	0 \$

*Julia Angeli*  
Encargada de Recursos Humanos  
  
*Pablo Juan S. Torres*  
Aprobado por







REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20231008088  
 Nombre de la Acción de Capacitación: INTEGRACIÓN Y RESPONSABILIDAD  
 Institución / Empresa: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Inicio: 21/07/2023  
 Fecha de Término: 21/07/2023  
 Horario: Viernes  
 08:00-17:00

Facilitador(a):  
 JUSTA ROSARIO GUZMÁN RODRÍGUEZ

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	MMMO							
1	40222140386	EMINDEL Y ALTAGRACIA ARIAS MEDINA	X		X								X
2	04980749153	MARTHA BRITO MORALES	X		X								X
3	04600290307	ALIANY ALTAGRACIA CARRASCO JIMENEZ	X		X								X
4	04600397201	YOELI ALTAGRACIA CRUZ TORRES	X		X								X
5	04600364800	ROSBA ELBA FERNANDEZ NUÑEZ	X		X								X
6	11600001785	SANTA EXPEDITA GARCIA ZAVALTA	X		X								X
7	04600384777	ARLENY S ALTAGRACIA GOMEZ GEMERE	X		X								X
8	04600016915	BELEGICA ALTAGRACIA GUTIERREZ PILARTE	X		X								X
9	40212746669	YANELA HERNANDEZ AGUIÑO	X		X								X
10	40221302421	JOSE JIMENEZ RAMIREZ		X	X								X
11	40222694230	RAFAELINA ALTAGRACIA JIMELLES JIMELLES	X		X								X
12	046000357100	ALICIA ALTAGRACIA OLIVO ALMONTE	X		X								X
13	046000122810	PATRIA YOSELIN OVALLE ESTEVEZ	X		X								X
14	40224035800	WALKRIS ALTAGRACIA PERALTA LOPEZ	X		X								X
15	046000281796	GLENNY MARIA PERALTA RODRIGUEZ	X		X								X
16	046000316147	KATIA ELIZABETH PERALTA RODRIGUEZ	X		X								X
17	092390106392	ANGELA DE LA CRUZ PEREZ BELTRAN	X			X							X
18	04600390498	ALBA MARIA PEREZ HICIANO	X		X								X
19	11600028572	ARISLEYDA PEREZ REYES	X		X								X
20	04600306431	DOBERCA DANIANNA REYES BOURRIERO	X		X								X
21	04600314290	ARILEYDA REYES CASREJA	X		X								X
22	04600387346	VILMA ESTHER RODRIGUEZ JIMENEZ	X		X								X
23	402340992217	ROSEL Y MICHEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ	X		X								X
24	07300100794	QUIRINO ANTONIO TELADA NUÑEZ		X	X								X
25	04500099974	YENNIFER TORRES PEREZ	X		X								X
26	402234487909	DARIEL ANTONIO UCETA PAULINO		X	X								X
27	40233448287	YOKASTA VALERIO ESTEVEZ	X		X								X

Firma Asistencia de los Participantes

*Emminde Arias Medina*  
*Marta Brito Morales*  
*Aliany Carrasco Jimenez*  
*Yoeli Cruz Torres*  
*Rosba Fernandez Nuñez*  
*Santa Expedita Garcia Zavala*  
*Arleeny Gomez Gemere*  
*Belegica Gutierrez Pilar*  
*Yanela Hernandez Aguiño*  
*Jose Jimenez Ramirez*  
*Rafaelina Jimelles Jimelles*  
*Alicia Olivo Almonte*  
*Patricia Ovalle Estevez*  
*Walkris Peralta Lopez*  
*Glenny Peralta Rodriguez*  
*Katia Peralta Rodriguez*  
*Angela Perez Beltran*  
*Alba Maria Perez Hiciano*  
*Arisleyda Perez Reyes*  
*Doberca Reyes Bourriero*  
*Arileyda Reyes Casreja*  
*Vilma Esther Rodriguez Jimenez*  
*Rosel y Michel Rodriguez Rodriguez*  
*Quirino Telada Nuñez*  
*Yennifer Torres Perez*  
*Daniel Antonio Uceta Paulino*  
*Yokasta Valerio Estevez*

Total	24	4	27	1
-------	----	---	----	---

Total	28	X	
-------	----	---	--

Observaciones: PRESENCIAL.  
1 HORA DE ALMUERZO.

Legenda: F= Fomento, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Recibido, C = Califica NIC = No califica Certificado: Falso  Voto

*Manuela Pérez*  
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 Periodo.

**Horas a pagar:** Si este registro es reportado a península se colocan 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 chequeo 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 marca con una X el recuadro que corresponde en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM o 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 ausente 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.

**Recuadro:** 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 marcará con una X en el recuadro Web.

Santiago Rodríguez  
20 de Julio del 2023

## Programa de Capacitación: **INTEGRACION Y COLABORACION**





Nombre de la Actividad: **INTERACCIÓN Y COLABORACIÓN** IFOSE 1.1.1.1.01 **PLAN DE CAPACITACION AÑO 2023**

Área Responsable: **Recursos Humanos**

Modalidad de la Bravida:  Virtual  Presencial  G

Fecha: **20/1/2023**

Lugar/Plataforma: **HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ANTONIO RODRIGUEZ**

Hora: **9:00 a. m.**

Participantes							
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (D solista)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Cursos/Eventos/Trabajos	
WALKIRIS PERALTA	F	402226233333333333	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	201-706-1724	
MAR G. P. R.	F	021605164-1	Medicador	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	509-993-2304	
MIRA M. P. R.	F	046-0038445-x	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	849-473-6482	
MARCELYN JAYRA	M.	046602222222222222	Enfermera	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-712-2841	
ROSA E FOLHANTZ D.	F	046-0034194-5	Coordinador	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	811-451-2746	
ANTHONY RIVERA CALDERA	S	026-0031929-0	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-838-1984	
DAVID RIVERA	F	046-0031929-0	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	809-693-6763	
BRADY RODRIGUEZ	F	046-0031929-0	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	209-309-2046	
WALTER RODRIGUEZ	F	046-0031929-0	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-489-1771	
DAVID VERA GARCIA	M	046-2482807	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-724-9126	
FRANCISCA ESPINOZA	F	446041945	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-705-8671	
ROSALBA MORALES	M	00221302421	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-619-9440	
ANGIE PAOLLE	F	11700045798	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-268-5230	
ANGIE PEREZ	F	026-0010639-2	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-209-4160	
ROSALENE PEREZ	F	046-0031929-0	Asistente Social	H. P. G. S. R.	<i>[Firma]</i>	829-900-5598	

\*Inscripciones de Bravida: • Cotizar en estado libre al el convocados lo registran, en caso contrario cancelar IVA.



Participantes							
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A selection)	Cargo	Dirección/Departamento/Zonificación	Firma	Correo Electrónico/Telefono	
Duino Tojad	M	SP 0010039-4	Red Radio	HP 65R	Duino Tojad	809-720-1016	
Ricardo Orlino Almaraz	F	246.003.5716	Biometría	HP 65R	Ricardo Orlino Almaraz	809-376-5723	
Belmaris Gómez	F	04680038422	Calidad	H.P. G.S.R.	Belmaris Gómez	809-710-6739	
Mirya del Socorro Rojas	F	0610002002000	Outlook	HP 65R	Mirya del Socorro Rojas	809-676-1698	
Yolanda Torres	F	116.000.2558	Asistent.	HP 50 S.R.	Yolanda Torres	809-241 71 69	
Yolanda Torres	F	091000292000	Administración	H.P. G.S.R.	Yolanda Torres	809-1894178	
Yolanda Torres	F	019.002.4855	Asistent.	H.P. G.S.R.	Yolanda Torres	809-2111191	
Yolanda Torres	F	102.021.0000	Asistent.	H.P. G.S.R.	Yolanda Torres	809-554-1307	
Yolanda Torres	F	006.000.0000	Asistent.	H.P. G.S.R.	Yolanda Torres	809-572-7173	
Yolanda Torres	F	116.000.2558	Asistent.	H.P. G.S.R.	Yolanda Torres	809-655-2752	
Yolanda Torres	F	095.000.0000	Asistent.	H.P. G.S.R.	Yolanda Torres	809-314-2044	
Yolanda Torres	F	095.000.0000	Asistent.	H.P. G.S.R.	Yolanda Torres	809-424-1814	

\*Participación de la Empresa - Cobijón es recibida solo al estar asociada la Empresa, en caso contrario indicar N/A.

\* Para las reuniones virtuales los datos de contacto corresponden al correo de la Empresa.



Código de la Acción de Capacitación: 2023100955  
 Nombre de la Acción de Capacitación: MOTIVACION Y TRABAJO EN EQUIPO  
 Institución / Empresa: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Inicio: 10/08/2023  
 Fecha de Término: 10/08/2023  
 Horario: 08:00-17:00

Facilitador(a):  
 LILIANA SANTOS TIVAREZ

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

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Firma Asistencia de los Participantes						Resultado			
			F	M	OP	MARG		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	C	NC		
1	11600012964	ROSA MERCEDES ALMANZAR RODRIGUEZ	X		X		10/08/2023										
2	046000397261	YOELI ALTAGRACIA CRUZ TORRES	X		X		10/08/2023										
3	046000362538	ALBA LUCIA GOMEZ RODRIGUEZ	X		X		10/08/2023										
4	40212748659	YANELA HERNANDEZ AQUINO	X		X		10/08/2023										
5	04600273249	REYNA DE JESUS MARTE VARGAS	X		X		10/08/2023										
6	04600319049	ALBA MARIA PEREZ HICIANO	X		X		10/08/2023										
7	04600234852	CHRISTIAN MERCEDES PILARTE SANTOS	X		X		10/08/2023										
8	04600014290	ARIL EYDA REYES CABRERA	X		X		10/08/2023										
9	046000341891	ROSA ELENA RODRIGUEZ JIMENEZ	X		X		10/08/2023										
10	046000387346	VILMA ESTHER RODRIGUEZ JIMENEZ	X		X		10/08/2023										
11	40225572753	CHANTAL JOSEMI RODESINCO PERALTA	X		X		10/08/2023										
12	046000393575	FRANDANEY DEL CARMEN SANTOS PERALTA	X		X		10/08/2023										
13	04600230827	LUCIA ALTAGRACIA TORRES FRANCO	X		X		10/08/2023										
Total			13		12		1										

Observaciones: PRESENCIAL  
 UNA HORA DE ALMUERZO

Legenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado, C = Califica NIC = No califica

Certificado: Físico  Web

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesoría)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.



Código de la Acción de Capacitación: 2021100803  
 Miembro de la Acción de Capacitación: MODIFICACION Y TRABAJO EN EL LUGRO  
 Instructivo / Ejecutor: MINISTERIO DEL SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Facilitador(a):  
 LILIAN SUAREZ TORRES

Fecha de Inicio: 10/05/2021  
 Fecha de Término: 10/05/2021  
 Hora(s): Antes  
 Total Horas Programadas: 8  
 A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participante	Sexo					Nivel	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	Op	MM	NC								
1	4922079023	ROBALBA DEL CARMEN ALMONTE OLIVO	X												
2	11500027897	ELIZABETH ALMONTE VALERIO	X												
3	04000324919	MARTHA DE JESUS BAEZ TEJEDA	X												
4	04000340054	ELEEN MAYQUELE DIAZ RODRIGUEZ	X												
5	40022817035	FEE VANIS MARIELA DOMINGUEZ ALMANZAR	X												
6	11000095902	YELMY ODEL GARCIA CAMPOS	X												
7	0400014277	ARLENNY ALTAGRACIA GOMEZ CERRETE	X												
8	03104010800	RAFAEL ANTONIO GOMEZ	X												
9	04660101299	YADIRA CELESTE MORRIBEL PERIA		X											
10	04000123885	ALEXANDERINA MERCEDES OVALLES TORRES	X												
11	04000208974	YENIBERT TORRES PEREZ	X												
12	04000390042	NANCY VANGLAS TORRES	X												
13	04000277752	MANUEL ROBERTO ZAPATA ZAPATA	X												
Total			11	2	13										

Observaciones: PRESENCIAL  
 UNA HORA DE ALMUERZO

Legend: F = Femenino, M = Masculino, Op = Operario, MM = Maestros Maestros, G = Gerente, Resultado: G = Califica, NC = No califica

*Lilian Suarez Torres*  
 Contraparte de la Empresa

*Lilian Suarez Torres*  
 Facilitador(a)

Asesor(a)

Certificando Falso  Web   
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.





**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 Instructivas:** Se obtiene de la sumatoria de las horas instructivas ejecutadas por el Facilitador durante el Periodo.

**Horas a pagar:** Si este registro es reportado a nomina se cobrará 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 muestra de código 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 marcará con una 'X' el recuadro que corresponde en la columna 'O', si es un Medio Medio o Cliente, una 'X' en el recuadro 'MM' o 'C'.

**Fecha:** Se escribe la fecha de ejecución de la acción de entrenamiento o acción formativa.

**Forma 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 forma que corresponde.

**Totales:** Se cubre el Subtotal de Operarios, Medios Medios o Clientes que participaron en la acción formativa.

**Resultado:** Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará 'X' en la columna que corresponde.

**Fuente:** se coloca la cantidad de participaciones que Califican y No Califican.

**Observaciones:** se escriben aquellos informaciones que sean relevantes.

**Empresa:** Se escribe el nombre y la firma de la responsable de la empresa.

**Facilitador:** El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

**Aseror:** 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 marca con una 'X' la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado. Hacer muestra recuadro correspondiente, y si lo quiere Asesorar de la Web muestra con una 'X' en el recuadro 'Web'.

## Taller sobre Motivacion y Trabajo en Equipo





Santiago Rodríguez  
10 de agosto del 2023

## Taller sobre Motivación y Trabajo en Equipo





Nombre de la Actividad:

PALESTRINA SOBRE MOTIVACION Y TRABAJO EN EQUIPO

EPICOR 3.1.1.1.01

PLAN DE CAPACITACION AÑO 2023

Área/Responsable:

Recursos Humanos

Fecha: 10/07/2023

Modalidad de la Reunión: Virtual  Presencial

Hora: 9:00 a.m.

Lugar/Plataforma:

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solista)	Cargo	Institución/Departamento/Unidad/Actividad	Etnia	Carrera/Institución/Unidad
Angela Jara	F	092-20116392	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-204-4161
Yenny Torres	F	045-0269979	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	504-424-1434
Alba Torres R	F	046-02622888	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-222-3308
Francisco Sandoz	F	046-0133325	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-462-3117
Janetla Hernandez	F	402-1274666	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-314-7464
Yenny Hernandez	F	11000073991	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-015-0571
Juanita Zumbano	F	046-01230827	Biomédica	H.P.G.S.R.	Andaluza	809-829-1732
Yenny Zumbano	F	046-0010259	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-942-0635
Yenny Zumbano	F	116-00205902	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-900-5014
Yenny Zumbano	F	402-2220903	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	809-956-5856
Jose Jimenez Bernal	M	402-21502421	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-812-3743
Yenny Zumbano	M	046-0027779	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-112-2841
Yenny Zumbano	F	046-0461004	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	844-341-7574
Yenny Zumbano	F	046-0027779	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-271-0378
Yenny Zumbano	F	046-0027779	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	829-227-9126
Yenny Zumbano	F	046-0027779	Asesoría	H.P.G.S.R.	Andaluza	844-423-6187

\*Instrucciones de llenado: Colocar en cada celda solo el contenido requerido, en caso contrario colocar N/A.

Para las reuniones virtuales se está solicitando completar el campo de firma.



**Participantes**

I nombre	Sexo (F/M)	Cédula (R. nat./extr.)	Código	I. Inicial o/Dig. extero. (no/fin. inicial)	Apellido	Correo Electrónico/Outlook/Id. Mens
Pineda E. Hildebrando	F	11600028572	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Alfonso Rodríguez	F	11600028572	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
M. S. Leyda P. R.	F	0160028572	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Delgado M. Francisca	F	0160028572	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Rosa M. Almagro	F	11600128572	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Andrés Rojas Salazar	F	01600318220	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Reynaga Inés	F	0160027324	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Rosalba Almeida	F	4422029884	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Elvira M. Ruiz	F	0250033224	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Yael All Gomez	F	0160039261	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Kenny Vargas	F	0160034504	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve
Goodal Roldán	F	0162259326	0012208-3	0012208-3	H.P.G.S.R	h.p.g.s.r@desarrollo.gub.ve

\*Nota: Se debe indicar el tipo de documento (Cédula) en el caso de ser extranjero o venezolano, en caso contrario, indicar el tipo de documento (Cédula) en el caso de ser venezolano.

\*Nota: Se debe indicar el tipo de documento (Cédula) en el caso de ser extranjero o venezolano, en caso contrario, indicar el tipo de documento (Cédula) en el caso de ser venezolano.





Código de la Acción de Capacitación: F 2023 10/1976  
 Nombre de la Acción de Capacitación: ACTIVIDAD LABORAL POSITIVA  
 Institución/ Empresa: SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
 Facilitador(a): JESITA ROSARIO GUZMAN RODRIGUEZ

Fecha de inicio: 08/09/23  
 Fecha de término: 08/09/23  
 Horario: 8:00 a 5:00 pm  
 Total Horas Programadas: 8  
 A pagar: 8

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO			NIVEL			FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado
			F	M	OT	GR	MM/C							
1	402-2269423-0	RAFAELINA JUMELLES												
2	046-0032621-1	ANA ROSA UCETA PERALTA												
3	046-0032491-9	MARTHA DE JESUS BAEZ												
4	031-0470718-1	MARBELIS A. CESPEDES												
3	073-0008321-4	ABELINA VALERIO												
6	046-0002800-7	FIORDALIZA ALT. SOLANO												
7	116-0001296-4	ROSA MERCEDES ALMANZAR												
8	046-0039725-3	INGRID AL TAGRACIA TEJADA												
9	116-0003279-8	MARILENNY CONTRERA												
10	046-0021517-4	JOSEFINA M. ESTEVEZ												
11	046-0039726-1	YOELI ALT. CRUZ TORRES												
12	402-2436178-8	ROSA ALT RODRIGUEZ BAEZ												
13	005-0033212-7	GLORIA MARTINEZ RUIZ												
14	046-0036258-8	ALBA LUCIA GOMEZ												
15	402-1274666-9	YANELA HERNANDEZ												
16	046-0027775-2	MANUEL PORFIRIO ZAPATA												
17	046-0037632-3	JESSICA M. HILARIO JAQUEZ												
18	046-0039504-2	NANCY VARGAS TORRES												
19	402-2130242-1	JOSE JIMENEZ RAMIREZ												
20	046-0021764-2	YESENIA Y. SUSANA PILARTE												
21	046-0001129-2	ARISLEYDI PEREZ REYES												
22	046-0011167-0	DILENIA PAULINO TORRES												
23	402-3344828-7	YOKASTA VALERIO ESTEVEZ												
24	046-0035558-2	CANDIDA ESTEVEZ JIMENEZ												
25	046-0023082-7	LUCIA ALT TOORES FRANCO												

Legendas:  F = Femenino, M = Masculino, OT = Otro, N/A = No aplica, M/C = Muestra, R = Reserva, N = No aplica, C = Califica

Observaciones:

Contingente de la Empresa: Verónica Angulo Pérez Facilitador(a): [Signature] Asesor(a): [Signature] Encargado(a) de Decisión o Depura: [Signature]





REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 12023/10/1976 Fecha de Inicio: 28/09/23  
 Nombre de la Acción de Capacitación: SERVICIOS LABORALES POSITIVA Horario: 8:00/5:00 PM  
 Institución/ Empresa: SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Total Horas Programadas: 8  
 Facilitador(a): ANITA ROSARIO GIZMAN RODRIGUEZ A pagar: 8

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO			NIVEL	FECHA	Firmas asistencias de los participantes						Resultado			
			F	M	OT			FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		FECHA		
1	046-0034906-4	LOURDES M. ESTEVEZ PENA															
2	045-0026997-4	YENNIFER TORRES PEREZ															
3	402-2041604-0	JUANA R. TORRES NUNEZ															
4	046-0038734-6	VILMA RODRIGUEZ JIMENEZ															
5	046-0020988-8	ZUNILDA ALT. OVALLE															
6	049-0074915-3	MARTHA BRITO MORALES															
7	031-0365336-0	MIGUELINA RODRIGUEZ															
8	092-0010639-2	ANGELA PEREZ															
9	402-2165675-0	CARMEN JIMENEZ															
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	

Legendas:  Titulares  Facilitador(a)

En Ejecución, Ma. Microtítulo, OF- Ejecución, MB - Modalidad, Ca-Forma, Be-Modalidad, C - Carta N/C - No aplica

Observaciones:

Facilitador(a): Lucía Angélica Pérez Asesor(a): [Firma] Encargado(a) de División o Depto: [Firma]

**Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040:2023**

**Código de la Acción de Capacitación:** Se escribe el código de la acción formativa (a) 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 Termina:** 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 Programadas:** 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 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 marca con una X 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 marcará con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mandado Medio o Termino, una X en el recuadro MM /C.

**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 Terminos 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 total de participantes que Califican y No Califican.

**Observaciones:** Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

**Empresa:** Se escribe 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.

**Encargado de División o Depto.:** El encargado responsable de la división o departamento firma en el espacio correspondiente.

**Certificado:** Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, en decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.



Santiago Rodríguez  
08 de Septiembre del 2023

**Programa de Capacitación: Actitud Laboral Positiva**



Santiago Rodríguez  
08 de Septiembre del 2023



**Programa de Capacitación: Actitud Laboral Positiva**





Nombre de la Actividad:

TALLER SOBRE ACTITUD LABORAL POSITIVA

HP/ISE 3.2.1.1.01

PLAN DE CAPACITACION AÑO 2023

Area Responsable:

Recursos Humanos

Fecha: 8/9/2023

Modalidad de la Reunión:

Virtual  Presencial

Hora: 9:00 a.m.

Lugar/Plataforma:

**Participantes**

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Yavela Hernandez	F	402-17246663	Asesor	H. P. G. S. R.	Yavela Y.	824-341-7464
Alba F. Henry R.	F	414-00325323	Asesora	H. P. G. S. R.	Alba Henry	829-222-3858
Martha Raitz	F	412-0025055	Asesora	H. P. G. S. R.	Martha Raitz	829-2661491
Yvonne W. Llanusa	F	041-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne W.	809-640-0515
Brina Rosa Uccetta	F	016-00326241	Asesora	H. P. G. S. R.	Brina Rosa	809-961-8295
Yago Alvarado	F	116-001288	Asesora	H. P. G. S. R.	Yago Alvarado	809-4464-5916
Milagros Condignas	F	46-0003279-8	Asesora	H. P. G. S. R.	Milagros Condignas	849-284-2577
Yolanda Patricia	F	079-0002023	Asesora	H. P. G. S. R.	Yolanda Patricia	809-4464-5916
Yvonne G. H. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916
Yvonne G. H. H.	F	414-0031883	Asesora	H. P. G. S. R.	Yvonne G. H. H.	809-4464-5916

Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el participante lo requiere, en caso contrario coloque N/A.  
- Para las reuniones virtuales su está necesario completar el tiempo de firma.





Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Etnia	Correo Electrónico/Telefono
Dalyana Yamille	F	902-26609250	Sup. Técnica	H. P. G. S. R.	Mestizo	regulacion@ceps.gov.ec
Yrisa Sosa Jofre	F	402-3344522	A.U	H. P. G. S. R.	Esmeraldeño	829-534-1182
Blascerdy J. Paulino Torres	F	046-0011172	Abogada	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-321-3645
Amisleydi Pérez Reyes	F	16 008 2859	EPS	H. P. G. S. R.	Esmeraldeño	8419-351 05 85
Dancy Vargas Torres	F	046-0095047	Intelectual	H. P. G. S. R.	Mestizo	841-225-0451
José Jiménez Ramírez	M	902-2330021	Catedrático	H. P. G. S. R.	Mestizo	809-812-3743
Yonadabina All Salazar	F	046 0057800-2	Instituto	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-888-4181
Reginaldo Alf. D. Valle	F	046 0020988	Instituto	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-888-4181
Gloria Mercedes Rivas	F	002 0035027	Enfermera	H. P. G. S. R.	Mestizo	80161349-89
Valeria Pacheco	F	046-0054346	Inf II	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-777-9126
Alba Alt. Rodríguez	F	402-2436128-5	aux. F.	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-576-7356
Yusef H. H. G. Torres	F	046-0029726	Asistente	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-7994148
Georgina E. Burgos	F	046 0021450	Pedraza	H. P. G. S. R.	Mestizo	80955802538
Maribel Luzaards	F	0310920764	Asistente	H. P. G. S. R.	Mestizo	809 5390-7999
Genaro Torres	F	045-0026411	Gerente	H. P. G. S. R.	Mestizo	809 424 1994
Ingrid Estalera	F	0460034125-3	Asistente	H. P. G. S. R.	Mestizo	804-8647423
Angela Paz	F	092-0010639-3	R. H. H.	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-209-5066
Vanisa R. Torres	F	502-2091609-0	R. H. H.	H. P. G. S. R.	Mestizo	829-983-0424



\*Instrucciones de llenado: - Colocar en cédula solo el correspondiente lo requerido, en caso contrario colocar N/A.  
- Para las remisiones virtuales no será necesario completar el campo de firma.