

**Formulario**

**Título del Documento:**  
**Acción de Personal**

Página 1 de 1

Fecha de emisión: Febrero 26 de 2010

Fecha de revisión: N/A

**ACCION DE PERSONAL**

Número: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad y Electoral: \_\_\_\_\_ Efectividad a partir de: \_\_\_\_\_

**ESTADO PRESENTE**

**ESTADO APROBADO**

Gerencia \_\_\_\_\_

Gerencia \_\_\_\_\_

Departamento o División \_\_\_\_\_

Departamento o División \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Codificación \_\_\_\_\_

Codificación \_\_\_\_\_

Sueldo Actual \_\_\_\_\_

Sueldo Propuesto \_\_\_\_\_

Otros Adicionales \_\_\_\_\_

Otros Adicionales \_\_\_\_\_

- Nombramiento Nominal
- Nombramiento por Contrato
- Ascenso
- Traslado
- Reajuste Salarial

- Licencia de Estudio
- Licencia de Enfermedad
- Licencia Pre-Natal
- Licencia sin Sueldo
- Invalidez - Pensión

- Suspensión de Servicio
- Cancelación
- Renuncia
- Otros

EXPLICACION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PREPARADO POR:

APROBADO POR:

\_\_\_\_\_  
Gerente de Gestión Humana

\_\_\_\_\_  
Director (a) General

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

**PROMESE/CAL**  
~~Programa de Medicamentos Esenciales~~

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES  
Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL)

**COMPROBANTE DE CAJA CHICA 167900**

Hemos pagado a: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

La suma de: \_\_\_\_\_ RD\$: \_\_\_\_\_

Por concepto de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENCARGADO DEL FONDO \_\_\_\_\_

RECIBIDO CONFORME \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

**PROMESCAL**

**PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA  
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES**

Calle "H" No. 15, Zona Industrial de Herrera, Santo Domingo, R. D.

**CONTROL SALIDA ALMACEN DE HOSPITALES**

FECHA \_\_\_\_\_

PEDIDO No. \_\_\_\_\_ FACTURA No. \_\_\_\_\_

INSTITUCION \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_ PLACA No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONDUCTOR \_\_\_\_\_

LICENCIA CONDUCTOR \_\_\_\_\_

CANTIDAD BULTOS \_\_\_\_\_ CANTIDAD CAJAS DE SUERO \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVACION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENC. ALMACEN

RECIBIDO CONFORME

AUDITOR



**PROMESE/CAL**

*Medicinas que dan calidad de vida*

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA  
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

CENTRAL DE APOYO LOGISTICO

PROMESE/CAL

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

**FORMULARIO VACACIONES**

Gerencia, Depto. o B/P: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Vacaciones correspondientes al Año: \_\_\_\_\_

Período del: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (inclusive)

\_\_\_\_\_  
Firma del Superior Inmediato

\_\_\_\_\_  
Gerente de Recursos Humanos

Original : Interesado  
Copia : Oficina Solicitante  
Copia : Gerencia de Personal



## DATOS SOBRE EXPERIENCIA DE TRABAJO:

(Indique su experiencia de trabajo comenzando por la última)

Nombre de la Institución	Teléfono	Cargo que desempeñaba	Último sueldo	Razón de Salida	Años que trabajó

Equipos que opera: \_\_\_\_\_

### OTRAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA:

Docentes  - Artísticas  Deportivas  Otras: \_\_\_\_\_ (Especifique)

Si actualmente estudia, favor indicar \_\_\_\_\_

### REFERENCIAS PERSONALES

Señale las personas que pueden ofrecer datos sobre usted, que no sean familiares ni empleados de esta institución.

Nombre	Dirección	Teléfono	Tiempo que lo conoce

Sueldo que aspira: Máximo RD\$: \_\_\_\_\_ Mínimo RD\$: \_\_\_\_\_ Fecha en que puede empezar a trabajar: \_\_\_\_\_

Aceptaría ser trasladado y residir en otras localidades?  Sí  No  Estaría dispuesto a viajar al interior del país?  Sí  No

✱

Firma del Solicitante  
Certifico que la anterior información es verídica

### PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCION

Justificación del Puesto: \_\_\_\_\_

Tipo de Nombramiento:

Fijo

Contrato

Tarjeta No. \_\_\_\_\_

Tipo de Fondo: \_\_\_\_\_

Las informaciones están confirmadas por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Anexar Curriculum Vitae)



**PROMESE CAL**

Medicinas que dan Calidad de Vida

Código: FO-CC-001

Rev.: 01

Formulario

Título del Documento:

Tarjeta de Cuarentena

Página 1 de 1

Fecha de emisión: Agosto 25 de 2009

Fecha de revisión: Abril 29 de 2011

FO-CC-001

DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE CALIDAD

# CUARENTENA

## TARJETA DE CUARENTENA

Nombre del Producto: \_\_\_\_\_

Concentración: \_\_\_\_\_ Forma Farmacéutica: \_\_\_\_\_

Lote: **L000** Vencimiento: \_\_\_\_\_

Fabricante: \_\_\_\_\_ Distribuidor: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Cantidad Recibida: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha toma de muestra control de calidad: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cantidad de Muestras Tomadas: \_\_\_\_\_

Fecha de Liberación: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PROMESICAL**

*Medicinas que dan Calidad de Vida*

**Servicios Administrativos**

**Tarjeta Control Limpieza de Baños**

Fecha \_\_\_\_\_

Hora 08:00 a.m. Firma \_\_\_\_\_

09:00 a.m. Firma \_\_\_\_\_

Hora 10:00 a.m. Firma \_\_\_\_\_

11:00 a.m. Firma \_\_\_\_\_

Hora 12:00 p.m. Firma \_\_\_\_\_

01:00 p.m. Firma \_\_\_\_\_

02:00 p.m. Firma \_\_\_\_\_

Hora 03:00 p.m. Firma \_\_\_\_\_

04:00 p.m. Firma \_\_\_\_\_

Supervisado por: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Calle "H" No. 15, Zona Industrial de Herrera. Santo Domingo, R. D.

FECHA		
DIA	MES	AÑO

## SOLICITUD DE EXPEDICION DE CHEQUE

Señor: *ENCARGADO UNIDAD ADMINISTRATIVA • CONTABLE*

*Por este medio le solicitamos la expedición de un CHEQUE*

*A FAVOR DE:*

*Por valor de RD\$*

*Por el siguiente concepto:*

\_\_\_\_\_  
SOLICITADO POR

\_\_\_\_\_  
APROBADO POR

\_\_\_\_\_  
REVISADO POR

\_\_\_\_\_  
CONTABILIZACION

CUENTA No.	DETALLE	AUXILIAR	DEBITO	CREDITO