**Instituto de Adiestramiento y Profesionalización de los**

**Empleados del Gobierno de Puerto Rico (IDEA)**

PO Box 8476

San Juan, Puerto Rico 00910-8476

OATRH 220

Rev. Julio 2025

**AUTORIZACIÓN Y MATRÍCULA DE ADIESTRAMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO DEL ADIESTRAMIENTO:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DEL ADIESTRAMIENTO:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Duración (Horas)** | | | |  | | | | | | | **Costo del Adiestramiento*:*** | | | | $ | |
| **Nombre:** | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |
| ***(letra de molde)*** | | **Nombre** | | | | | | | | | **Primer Apellido** | | | | **Segundo Apellido** | |
| **Sexo:** | Femenino  Masculino | | | | | | | **Escolaridad:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | *(****Escriba en letra de molde el nivel de escolaridad****)* | | | | | | | | |
| **Profesión u Ocupación:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **MATRÍCULA** | | | | **Empleado del Servicio Público** | | | | | | | | | **Empleado de Empresa Privada** | | | **Individuo Particular** |
| **Nombre de la Organización:** | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección Postal:** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono:** | | | | | | | | | | **Fax:** | | | | **Email:** | | |
| **Autorización del/la Supervisor(a):** | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Coordinador(a) de Adiestramiento:** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Coordinador de Adiestramiento OATRH:** | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 1. **NOMBRE DEL PARTICIPANTE MATRICULADO:** | | | | | | | | | | | | **NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL:** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| *(****Escriba en letra de molde para preparar el certificado****)* | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Dirección Postal:** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono:** | | | | | | | | | | **Fax:** | | | | **Email:** | | |
| **Requiere acomodo razonable:** | | | | | **Especifique:** | | | | | | | | | | | |
| 1. **FORMA DE PAGO:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Libre de Costo** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Aportación Corporación Pública** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comprobante de pago interagencial procesado y aprobado en el PRIFAS R5490-418-0300000-081-2024** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Giro o Cheque a favor del Secretario de Hacienda** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Obligación de Compra (solo si es pagadero con Fondos Federales)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| **Nombre en letra de molde de la persona que autoriza el pago** | | | | | | | | | | | **Firma de la persona que autoriza el pago** | | | | **Fecha** | |
| |  | | --- | | Cada organización o individuo garantizará que sus participantes presenten una de las formas de pago identificadas antes del día del adiestramiento. |   **\*NOTA: Debe completar el formulario de autorización y matrícula de adiestramiento en su totalidad.**  Al firmar esta autorización de matrícula garantizará el pago por los servicios solicitados y ofrecidos por OATRH.  Debe referir este formulario al Instituto no más tarde de diez días laborables antes de su actividad de adiestramiento.  Deberá emitir su cancelación en un período de cinco (5) días laborales antes del adiestramiento. Tel. 787-274-4300 (exts. 5022, 5023, 5024, 5039, 5032)E-mail: vrivera@oatrh.pr.gov, grios@oatrh.pr.gov, erodriguez@oatrh.pr.gov,cfuentes@oatrh.pr.gov, jmarquez@oatrh.pr.gov | | | | | | | | | | | | | | | | |