Gobierno de Puerto Rico

Oficina de Administración y Transformación de los

Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico

**Instituto de Adiestramiento y Profesionalización de los**

**Empleados del Gobierno de Puerto Rico**

PO Box 8476

San Juan, Puerto Rico 00910-8476

**SOLICITUD DE ADIESTRAMIENTO**

OATRH 221

Rev. Julio 2025

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Solicitud:** | | |  |  |  |
| Día | Mes | Año |
| **Nombre de la Agencia**: | |  | | | | | | | | |
| **Tema del Adiestramiento:** | | |  | | | | | | | |
| **Descripción del Adiestramiento:** | | | | | | | | | | |
| **Fecha Propuesta del Adiestramiento :** | | | |  | | | | | | |
| **Horario** | Diurno | | | Nocturno | | | Sabatino | | | |
| **Lugar del Adiestramiento** | | | | OATRH Otro: | | | | | | |
| **Empleados que participarán en el adiestramiento** | | | | | | | | | | |
| **Nombre Participante** | | | | **Puesto** | | **Oficina, Área o División** | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | | |  |
| **Nombre de Persona Contacto** | | **Puesto** | | | **Firma** | | | **Fecha** |
| **Correo Electrónico** |  | | **Teléfono:** |  | | **Fax:** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre de Persona que Autoriza** |  | **Firma** |  | **Fecha** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para uso oficial de la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico** | | | | | | | | |
| Determinación:  Cotizar  Otorgar dispensa, conforme a lo establecido en el Reglamento de IDEA. | | | | | | | | |
| **Fecha en que se recibió la solicitud:** | /       /  Día Mes Año | | | | | | | |
| **Documentos que respalden la solicitud** | | | **Término:** | **Cumple con los 45 días** | | | **No cumple con los 45 días** | |
| **Comentarios:** | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | |
| **Nombre** |  | **Firma** | | |  | **Fecha** | |