



Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud

ANEXO 3
SISTEMATIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDACANÍA
RENDICIÓN DE CUENTAS

PERIODO 2017

MINISTERIO: M. S. P.
EOD (ZONA, DISTRITO U
HOSPITAL: Luis Gabriel Dávila - Tulcán - Zona 1
MESA/GRUPO: UNO
LUGAR Y FECHA: Auditorio HLGD - 23/Febrero/2018

Participación de la ciudadanía en los talleres institucionales

Respuestas y observaciones sobre las preguntas motivadoras:

(Se registrarán las respuestas y observaciones agrupadas, es decir la sistematización de los principales temas que se plantaron)

1. ¿Qué servicios conocía usted de lo presentado por la institución?; y ¿Cómo se enteró de los mismos?

Medicina Interna - Cirugía - Dermatología - UCI - Emergencia

Conocemos de estos servicios por terceras personas.

2. ¿Ha participado Usted en alguna actividad de las presentadas en la rendición de cuentas? ¿Qué aporte puede darnos para mejorar estos servicios?

Ninguno de los participantes ha participado en las actividades presentadas.

Para mejorar, se sugiere reducir los tiempos de espera para la realización de exámenes diagnósticos.

**Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud**

6. Conclusiones del taller
(cierre del facilitador)

Los miembros de la mesa en su mayoría fueron proactivos y participativos frente al taller propuesto en función de sus inquietudes y aportes para esta labor.

7. OBSERVACIONES DEL SISTEMATIZADOR/A:

Sobre la participación de la ciudadanía:

(Se refiere al grado de participación de los asistentes, motivación, etc.)

.....
.....
.....

DATOS DEL EQUIPO FACILTADOR Y SISTEMATIZADOR:

FACILITADORA/FACILITADOR:

Nombre: ANDRÉS LIMA / Diana Ayala
Cargo: ANALISTA DE CALIDAD / Analista Atención al Usuario
Correo electrónico: andres.lima@hlgt.gob.ec / diana.ayala@hlgt.gob.ec

SISTEMATIZADORA/SISTEMATIZADOR:

Nombre:.....
Cargo:
Correo electrónico:.....

DELEGADO/DELEGADA DEL COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD:

Nombre:.....
Cargo:
Correo electrónico:.....



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
GESTIÓN INTERNA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
CONTROL DE ASISTENCIA

Nombre de seminario/curso: _____

Facilitador: _____

Fecha inicio: DD-MM-AA / /

Fecha culminación: DD-MM-AA / /

Lugar: _____

Duración Horas: _____

No.	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	INSTITUCION	SEXO	NACIONALIDAD	AUTOIDENTIFICACION ÉTNICA	TELÉFONO	FIRMA
1	Jacquelin Ayala	04011683-2	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0994563969	
2	Yasni Puyol	0401987474	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0994139430	
3	Wendy Castro	040204495-2	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0961165357	
4	Carla Ortega	0402074868	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0993243497	
5	Mishell Rojas	1004036735	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestizo	09139779851	
6	Jenny Note	1723889828	Opul	Femenino	Ecuatoriana	Mestizo	0969664073	
7	Stendy Boubista	1118554973	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestizo	0968858142	
8	Dagana Cabillo	10063555689	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestizo	0990616631	
9	Angie Rodriguez	0401686530	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestizo	09391920086	
10	Alexander Castro	1004177769	Civil	Masculino	Ecuatoriana	Mestizo	0968683097	
11	Vanessa Avila	1004582332	Civil	Femenino	Ecuatoriana	Mestizo	0986765273	
12								
13								
14								
15								

Observaciones: _____

Firma Facilitador _____

FOMATO 01.00
Versión 2.0
15/01/14
ip

NOTA: Todas las actividades de formación dirigidas a los servidores públicos, deben ser registradas en este documento, como constancia de su asistencia y de la ejecución del evento. Esta información se consolida mensualmente a nivel nacional para control estadístico de capacitaciones por lo que su registro es de uso obligatorio. CONSERVAR EL ORIGINAL y enviar una copia a la Dirección Nacional de Talento Humano



Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud

ANEXO 3
SISTEMATIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDACANÍA
RENDICIÓN DE CUENTAS

PERIODO 2017

MINISTERIO:.....
EOD (ZONA, DISTRITO U
HOSPITAL: LUIS GABRIEL DÍAZ.....
MESA/GRUPO: 2.....
LUGAR Y FECHA: TULCAN 23-02-2018.....

Participación de la ciudadanía en los talleres institucionales

Respuestas y observaciones sobre las preguntas motivadoras:

(Se registrarán las respuestas y observaciones agrupadas, es decir la sistematización de los principales temas que se plantaron)

1. ¿Qué servicios conocía usted de lo presentado por la institución?; y ¿Cómo se enteró de los mismos?

FORMIDAD, CONSULTA EXTERNA, REHABILITACIÓN
PSICOLOGÍA
LOS CIUDADANOS SE HAN ENTERADO DE LOS
SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL DISTRAL
DE PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN
POR FAMILIARES Y A TRAVÉS DE MEDIOS DE COMUNI-
CACIÓN.

2. ¿Ha participado Usted en alguna actividad de las presentadas en la rendición de cuentas? ¿Qué aporte puede darnos para mejorar estos servicios?

• RENDICIÓN DE CUENTAS
• COMO VEEDORA
• COMITE DE USUARIOS

**Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud**

6. Conclusiones del taller
(cierre del facilitador)

LA PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS FUE
DINÁMICA.

7. OBSERVACIONES DEL SISTEMATIZADOR/A:

Sobre la participación de la ciudadanía:

(Se refiere al grado de participación de los asistentes, motivación, etc.)

.....
.....
.....

DATOS DEL EQUIPO FACILITADOR Y SISTEMATIZADOR:

FACILITADORA/FACILITADOR:

Nombre: ELIZABETH PÉREZ

Cargo: COORDINADOR DE ENFERMEDAD

Correo electrónico: elizabeth.perez@hlgd.gob.ec

SISTEMATIZADORA/SISTEMATIZADOR:

Nombre: KLEVER ENRIQUEZ

Cargo: ANALISTA DE ADMISIONES

Correo electrónico: klever.enriquez@hlgd.gob.ec

DELEGADO/DELEGADA DEL COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD:

Nombre: MARLENE MADRUEZ

Cargo: MIEMBRO DEL COMITE DE USUARIOS

Correo electrónico:



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
GESTIÓN INTERNA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
CONTROL DE ASISTENCIA

HESA # 2

Nombre de seminario/curso: _____
 Duración Horas: _____
 Facilitador: _____
 Fecha inicio: DD-MM-AA / / / DD-MM-AA
 Lugar: _____
 Fecha culminación: DD-MM-AA / / / DD-MM-AA

No.	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	INSTITUCION	SEXO	NACIONALIDAD	AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	TELEFONO	FIRMA
1	David Yonsha	0402085203	Civil	M	Ecuatoriana	Mestizo	0587374642	David Yonsha
2	Yadone Navarrete	040018412-5	Comite de asesoria	F	Ecuatoriana	Mestizo	0983344806	Yadone Navarrete
3	Humberto Burreo	0400204657	Civil	M	Ecuatoriana	Mestizo	2981022	Humberto Burreo
4	Nathaly Villarreal	040184708-4	Civil	F	Ecuatoriana	Mestizo	098147308	Nathaly Villarreal
5	Katherine Andrade	040207140	Civil	F	Ecuatoriana	Mestizo	0958959739	Katherine Andrade
6	Juleth Puenayan	76592028	Civil	F	Colombiana	Mestizo	0998787822	Juleth Puenayan
7	Jairo Chamorro	0401395581	HUGD	M	Ecuatoriana	Mestizo	099342852	Jairo Chamorro
8	Edison Casero	171828170	SISECWAU	M	Ecuatoriana	Mestizo	079550744	Edison Casero
9	Gabriela Solera	0401081851	R. Civil	F	Ecuatoriana	Mestizo	0995000003	Gabriela Solera
10	Leonela Castillo	1003928908	Civil	F	Ecuatoriana	Mestizo	0939978938	Leonela Castillo
11	Paul Ascuntar	040179568-7	Civil	M	Ecuatoriana	Mestizo	096489627	Paul Ascuntar
12	Patricia Donna	040208927	Civil	F	Ecuatoriana	Mestizo	0985281337	Patricia Donna
13	Beayon Julio	1004254668	Civil	M	Ecuatoriana	Mestizo	092688343	Beayon Julio
14	Carolina Zuleta	040193996-8	Civil	F	Ecuatoriana	Mestizo	0955532961	Carolina Zuleta
15	Oscar Salazar	1003709761	Civil	M	Ecuatoriana	Mestizo	0900491302	Oscar Salazar

Observaciones: _____
 Firma Facilitador: _____
 Versión 2.0 15/01/14
 FOMATO 01.00 ip

NOTA: Todas las actividades de formación dirigidas a los servidores públicos, deben ser registradas en este documento, como constancia de su asistencia y de la ejecución del evento. Esta información se consolida mensualmente a nivel nacional para control estadístico de capacitaciones por lo que su registro es de uso obligatorio. CONSERVAR EL ORIGINAL y enviar una copia a la Dirección Nacional de Talento Humano.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
GESTIÓN INTERNA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
CONTROL DE ASISTENCIA

Nombre de seminario/curso: _____ Lugar: _____
 Facilitador: _____ Duración Horas: _____
 Fecha inicio: ____/____/____ DD-MM-AA Fecha culminación: ____/____/____ DD-MM-AA

No.	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	INSTITUCION	SEXO	NACIONALIDAD	AUTOIDENTIFICACION ÉTNICA	TELÉFONO	FIRMA
1	Alexandria Salazar	175041004-5	Civil	F	Ecuatoriana	Mestiza	0981680660	<i>[Signature]</i>
2	Javier Cavall	040181058-6	Civil	M	Ecuatoriana	Mestizo	062889056	<i>[Signature]</i>
3	Valeria Huera	0401935259	Civil	F	Ecuatoriana	Mestiza	0612092657	<i>[Signature]</i>
4	Tatiana Portilla	040176718-1	Civil	F	Ecuatoriana	Mestiza	0984963484	<i>[Signature]</i>
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Observaciones: _____
 Firma Facilitador _____
 FOMATO 01.00
 Versión 2.0
 15/01/14
 ip

NOTA: Todas las actividades de formación dirigidas a los servidores públicos, deben ser registradas en este documento, como constancia de su asistencia y de la ejecución del evento. Esta información se consolida mensualmente a nivel nacional para control estadístico de capacitaciones por lo que su registro es de uso obligatorio. CONSERVAR EL ORIGINAL y enviar una copia a la Dirección Nacional de Talento Humano



**Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud**

**ANEXO 3
SISTEMATIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA
RENDICIÓN DE CUENTAS**

PERIODO 2017

MINISTERIO: SALUD PÚBLICA
EOD (ZONA, DISTRITO U
HOSPITAL: GENERAL LUIS G. DAVILA
MESA/GRUPO: 3
LUGAR Y FECHA: Tolón, 23-02-2018

Participación de la ciudadanía en los talleres institucionales

Respuestas y observaciones sobre las preguntas motivadoras:

(Se registrarán las respuestas y observaciones agrupadas, es decir la sistematización de los principales temas que se plantaron)

1. **¿Qué servicios conocía usted de lo presentado por la institución?; y ¿Cómo se enteró de los mismos?**

Se conoce parcialmente los servicios, se necesita mayor difusión de la Cartera de Servicios a la ciudadanía a través de diversos medios, de acuerdo a nuestro nivel de atención

2. **¿Ha participado Usted en alguna actividad de las presentadas en la rendición de cuentas? ¿Qué aporte puede darnos para mejorar estos servicios?**

Mantener los convenios interinstitucionales para fortalecer el conocimiento de deberes y derechos de los usuarios, como de igual manera la participación activa de las veedoras ciudadanas en casos de contratación de personal. Incrementar busones de sugerencias

**Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud**

6. Conclusiones del taller
(cierre del facilitador)

* el taller es garantizado el ejercicio de rendición de cuentas permitiendo resolver la gestión del hospital.

7. OBSERVACIONES DEL SISTEMATIZADOR/A:

Sobre la participación de la ciudadanía:

(Se refiere al grado de participación de los asistentes, motivación, etc.)

Hubo excelente acogida y participación de los miembros de la mesa #3

DATOS DEL EQUIPO FACILITADOR Y SISTEMATIZADOR:

FACILITADORA/FACILITADOR:

Nombre: Cristian Vinuesa / Miriam

Cargo: Analista John Finn / Analista TIAH

Correo electrónico: cristian.vinuesa / miriam.fanizca @ hlgd.gob.ec

SISTEMATIZADORA/SISTEMATIZADOR:

Nombre:

Cargo:

Correo electrónico:

DELEGADO/DELEGADA DEL COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD:

Nombre: Juan Carlos Padilla Yépez

Cargo:

Correo electrónico: juancpyepz@hotmail.com

Mesa # 3

Pregunta.

¿Cómo Fortalecer los mecanismos de vinculación con la comunidad?

Se Fortaleceera utilizando diversos mecanismos de vinculación, trabajando con las diversas Instituciones Públicas, y fortaleciendo al 1er Nivel de atención el cual es el encargado de Promoción y vinculación de los Servicios con la Comunidad.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
GESTIÓN INTERNA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
CONTROL DE ASISTENCIA

Nombre de seminario/curso: _____

Facilitador: _____

Fecha inicio: DD-MM-AA

Fecha culminación: DD-MM-AA

Lugar: _____

Duración Horas: _____

No.	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	INSTITUCION	SEXO	NACIONALIDAD	AUTOIDENTIFICACION ÉTNICA	TELÉFONO	FIRMA
1	Sra. Sandra Toledo	0400725126	Barrío SFI	F	Ecuatoriana	Mestiza	0982603531	<i>[Signature]</i>
2	MORIS ESPINOZA H	0400933784	H LGD	F	Ecuatoriana	MESTIZO	0986113261	<i>[Signature]</i>
3	José Cervantes	0400529152	Quintana	M	Ecuatoriana	Mestizo	0993416851	<i>[Signature]</i>
4	José C. Padilla Y.	0401400262	CPCS-UMACH	M	Ecuatoriana	Mestizo.	099980019	<i>[Signature]</i>
5	Valentina Ojeda	817024636-0	UPEC	F	Colombiana	Civil	0999570362	<i>[Signature]</i>
6	Katherine Huera	210671520-6	UPEC	F	Ecuatoriana	Mestiza	0991308760	<i>[Signature]</i>
7	Diana Navárez	040209049-2	Civil	F	Ecuatoriana	Mestiza	0990461353	<i>[Signature]</i>
8	Abg. Karina Escobar C	0401444541	CCPDT	F	Ecuatoriana	Mestiza	0985488467	<i>[Signature]</i>
9	D. GONZALO GER	040084529-3	CCPDT	M	Ecuatoriana	MESTIZO	0980502295	<i>[Signature]</i>
10	Mrs. Pavo Valverde	0400997784	KINEDUC	F.	Ecuatoriana	MESTIZA	0987719105	<i>[Signature]</i>
11	Dr. Willington Montenegro	0101103213	HLED	M	Ecuatoriana	Mestizo	0958875285	<i>[Signature]</i>
12								
13	Miriam Ramirez	0400837597	HLED	F.	Ecuatoriana	Mestizo	0994261541	<i>[Signature]</i>
14	Cristina Jimenez	0400048722	HLED	M	Ecuatoriana	MESTIZO	0983107427	<i>[Signature]</i>
15								

Observaciones: _____

Firma Facilitador

FOMATO 01.00

Versión 2.0

15/01/14

NOTA: Todas las actividades de formación dirigidas a los servidores públicos, deben ser registradas en este documento, como constancia de su asistencia y de la ejecución del evento. Esta información se consolida mensualmente a nivel nacional para control estadístico de capacitaciones por lo que su registro es de uso obligatorio. CONSERVAR EL ORIGINAL y enviar una copia a la Dirección Nacional de Talento Humano.



Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud

ANEXO 3
SISTEMATIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA
RENDICIÓN DE CUENTAS

PERIODO 2017

MINISTERIO: Salud Pública
EOD (ZONA, DISTRITO U
HOSPITAL: General Provincial "Luis G. Dávila"
MESA/GRUPO: 4
LUGAR Y FECHA: Toluca, 23 - Febrero - 2018

Participación de la ciudadanía en los talleres institucionales

Respuestas y observaciones sobre las preguntas motivadoras:

(Se registrarán las respuestas y observaciones agrupadas, es decir la sistematización de los principales temas que se plantaron)

1. ¿Qué servicios conocía usted de lo presentado por la institución?; y ¿Cómo se enteró de los mismos?

Por medio de instituciones que requieren la atención se han realizado gestiones para hacer uso de la cartera de servicios, por ejemplo: Casa de Acogida y Comité de usuarios.

Y los otros miembros de la mesa por que ha recibido atención directa por ellos o sus familiares.

Dos de los miembros de la mesa no han hecho uso de los servicios del HLG.

2. ¿Ha participado Usted en alguna actividad de las presentadas en la rendición de cuentas? ¿Qué aporte puede darnos para mejorar estos servicios?

Los integrantes de nuestra mesa si han participado de las actividades presentadas en la rendición de cuentas (simulacros, vacunación en campañas.)

- Sugerencias:
- Mayor información de las campañas de salud
 - Incrementar buzones de quejas y sugerencias en distintos puntos de la institución.



**Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud**

6. Conclusiones del taller
(cierre del facilitador)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. OBSERVACIONES DEL SISTEMATIZADOR/A:

Sobre la participación de la ciudadanía:

(Se refiere al grado de participación de los asistentes, motivación, etc.)

.....
.....
.....

DATOS DEL EQUIPO FACILITADOR Y SISTEMATIZADOR:

FACILITADORA/FACILITADOR:

Nombre: *Psc. Edinson Quillupangui / Ing. Gabriel Guerson*
Cargo: *Psicólogo Clínico 1 / Asistente Administrativo 2*
Correo electrónico: *ediquin@bol.com / gabbyguerson@gmail.com*

SISTEMATIZADORA/SISTEMATIZADOR:

Nombre:.....
Cargo:

DELEGADO/DELEGADA DEL COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD:

Nombre:.....
Cargo:



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
GESTIÓN INTERNA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
CONTROL DE ASISTENCIA

Nombre de seminario/cursó:

Facilitador: Dr. Edison Quiroz Lugar: Quito

Fecha inicio: 23/11/2018 Fecha culminación: 23/11/2018

DD-MM-AA DD-MM-AA

Duración Horas: _____

No.	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	INSTITUCION	SEXO	NACIONALIDAD	AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	TELÉFONO	FIRMA
1	Laura Puerto	0400902060	ASOCIACIÓN Comités de Usuarios	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0988906581	
2	Esperanza Cabrera	060124013-8	Casa de Acogida GAD-Tipican	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	09802015977	
3	Rodriguez Vanessa	040193423-7	Comite de Usuarios	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0990165000	
4	Laura Pereda		Comite de Usuarios	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	22360846	
5	Angelica Diaz	040117676	Comite de Usuarios	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0994941697	
6	Martha Guerrero	100316195-9	Asollimega	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0939201285	
7	Martha Tulcan	040066989-6	Asollimega	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	09808891696	
8	Silvia Tolcanza	0400943355	Asollimega	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0995199174	
9	Cristian Delgado	040182907-2	Asollimega	Masculino	Ecuatoriana	Mestizo	0984730096	
10	Marela Abalro	040131309-3	ASO LSMEGA	Femenino	Ecuatoriana	Mestiza	0980293675	
11								
12								
13								
14								
15								

Observaciones:

Firma Facilitador

FOMATO 01.00
Versión 2.0
15/01/14

NOTA: Todas las actividades de formación dirigidas a los servidores publicos, deben ser registradas en este documento, como constancia de su asistencia y de la eleccion del evento. Esta informacion se consolida mensualmente a nivel nacional para control estadistico de capacitaciones por lo que su registro es de uso obligatorio. CONSERVAR EL ORIGINAL y enviar una copia a la Direccion Nacional de Talento Humano.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
GESTIÓN INTERNA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
CONTROL DE ASISTENCIA

Nombre de seminario/cursó: _____

Facilitador: _____

Fecha inicio: / / DD-MM-AA

Fecha culminación: / / DD-MM-AA

Lugar: _____

Duración Horas: _____

No.	NOMBRE DEL ASISTENTE	GEDULA	INSTITUCION	SEXO	NACIONALIDAD	AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	TELÉFONO	FIRMA
1	Verónica Mayangos	040180620	Civil	F	Ecuatoriana	Mestizo	0999020308	
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Observaciones: _____

Firma Facilitador

FOMATO 01.00

Versión 2.0

15/01/14

ip

NOTA: Todas las actividades de formación dirigidas a los servidores públicos, deben ser registradas en este documento, como constancia de su asistencia y de la ejecución del evento. Esta información se consolida mensualmente a nivel nacional para control estadístico de capacitaciones por lo que su registro es de uso obligatorio. CONSERVAR EL ORIGINAL y enviar una copia a la Dirección Nacional de Talento Humano.