



**Instituto de Adiestramiento y Profesionalización de los
Empleados del Gobierno de Puerto Rico (IDEA)**
PO Box 8476
San Juan, Puerto Rico 00910-8476

OATR H 220
Rev. Julio 2025

AUTORIZACIÓN Y MATRÍCULA DE ADIESTRAMIENTO

TÍTULO DEL ADIESTRAMIENTO:			
FECHA DEL ADIESTRAMIENTO:			
Duración (Horas)		Costo del Adiestramiento:	\$
Nombre:			
<i>(letra de molde)</i>	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Escolaridad:	
<i>(Escriba en letra de molde el nivel de escolaridad)</i>			
Profesión u Ocupación:			
A. MATRÍCULA		<input type="checkbox"/> Empleado del Servicio Público	<input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada <input type="checkbox"/> Individuo Particular
Nombre de la Organización:			
Dirección Postal:			
Teléfono:		Fax:	Email:
Autorización del/la Supervisor(a):			
Coordinador(a) de Adiestramiento:			
Coordinador de Adiestramiento OATR H:			
B. NOMBRE DEL PARTICIPANTE MATRICULADO:		NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL:	
<i>(Escriba en letra de molde para preparar el certificado)</i>			
Dirección Postal:			
Teléfono:		Fax:	Email:
Requiere acomodo razonable: <input type="checkbox"/>		Especifique:	
C. FORMA DE PAGO:			
<input type="checkbox"/> Libre de Costo			
<input type="checkbox"/> Aportación Corporación Pública			
<input type="checkbox"/> Comprobante de pago interagencial procesado y aprobado en el PRIFAS R5490-418-0300000-081-2024			
<input type="checkbox"/> Giro o Cheque a favor del Secretario de Hacienda			
<input type="checkbox"/> 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
<p>Cada organización o individuo garantizará que sus participantes presenten una de las formas de pago identificadas antes del día del adiestramiento.</p> <p align="center">*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 OATR H. 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 periodo de cinco (5) días laborales antes del adiestramiento.</p> <p align="center">Tel. 787-274-4300 (exts. 5022, 5023, 5024, 5039, 5032) E-mail: vrivera@oatr.h.pr.gov, grios@oatr.h.pr.gov, erodriguez@oatr.h.pr.gov, cfuentes@oatr.h.pr.gov, jmarquez@oatr.h.pr.gov</p>			