

| Dirección Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Actividad: Seguimiento Ejecución Plan de capacitaciones SNS-2025

Código: 2.1.2.1.01

Evidencia de la Capacitación (Gestión de proceso Administrativo)

Fecha : 15 de julio 2025.



Acuerdos/ Compromisos	Responsable	Plazo De Ejecución	Logrado	
			SI	NO
Coordinado(A) De Reunión	Licda. Eraquia Ogando Lorenzo			



Nombre de la Actividad:

Seguimiento de Ejecución de plan de capacitación 2025 (Proceso de gestión Administrativa)

Área Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 15/07/2025

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 08:Am a 3:pm

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Participantes					
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (X solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma
Miguel Ojeda	F	003-0009631	Paralelo	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Miguel Ojeda
Judy Encina	F	003-0148396-8	Administrativa	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Judy Encina
Mindy M. Nolas S.	F	025-0028829	Psic.	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Mindy M. Nolas S.
Edy M. Jimenez	F	402-2114068-0	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Edy M. Jimenez
Edy M. Jimenez	F	003-0110690-5	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Edy M. Jimenez
Reynold y Rodriguez Roy	M	402-2538946-5	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Reynold y Rodriguez Roy
Yuri E. Marchal Buis	F	402-2495895-8	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Yuri E. Marchal Buis
Yusette Rodriguez	F	402-2538946-3	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Yusette Rodriguez
Ematlin Zapata	F	023-0167341-0	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Ematlin Zapata
Modelin del Ros	F	402-3368308-1	Secretaria	Administración	Modelin del Ros
Nayda Ojeda	F	103-0009651-7	Medico	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Nayda Ojeda
Geny M. Garcia Colón	F	402-2410262-8	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Geny M. Garcia Colón
Yolany Fernandez	F	402-2436353-9	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Yolany Fernandez
Emmanuel Encina	F	024-0041369-8	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Emmanuel Encina
Mindy M. Nolas S.	F	402-2114068-0	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Mindy M. Nolas S.
Judy Encina	F	003-0148396-8	Asistente	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	Judy Encina

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



[illegible]



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PI-ONA-040-2025

Edición 9

Código de la Acción de Capacitación:
Nombre de la Acción de Capacitación:
Institución/ Empresa:
Facilitador(a):

20250305266
Taller de Proceso de Gestión Adm.
Hospital Regional Dr. Antonio MUSA
Luis Manuel Juarán R.

Fecha de inicio: 15/07/2025
Fecha de término: 15/07/2025
Horario: 8:00 AM - 4:00 PM
Total Horas Programadas: 8
A pagar: 8 horas

PARTICIPANTES		SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	CE	MD/G						C	N/C
023-0139562-6	Jeniffer Castillo	X				15/07/2025					X	
023-0140346-8	Julia García	X			X						X	
402-2436757-9	Yolanda Fernández	X			X						X	
023-0044369-6	Emmanuel Poumvet		X		X						X	
023-0167341-0	Esmerlin Zapata	X			X						X	
402-3368308-1	Madelin Del Rosario	X			X						X	
402-2610202-8	Zeany García	X			X						X	
103-0009651-7	Neida Ramírez	X			X						X	
402-2195225-8	Yusli Marichal	X									X	
402-2538946-5	Raymond Rodríguez		X		X						X	
023-0170690-5	Johis Mateo		X		X						X	
402-2114068-0	Berkys Jiménez	X									X	
025-0022852-9	Mercel Nieves	X									X	
090-0014590-5	Angel Franco		X		X						X	
023-0169372-3	Genesis Beltré	X									X	
402-2615744-7	Meli M. Guenaro	X			X						X	
023-0008163-1	Eraquin Pascual	X									X	
402-2538560-3	Lissette Rodríguez	X			X						X	
Totales											18	

Legendas:

Pe = Promotor, Me = Muestreo, CE = Operario, MD = Muestreo de Datos, G = Gerente, Resultado, C = Califica
Certificado Falso ☐ No ☐
OBSERVACIONES:

Contratante de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.



Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040.2025

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución/Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Facilitador: Se escribe el nombre del facilitador que imparte la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa. Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa. Ejemplo 13-12-14

Horario: Se escribe el horario en que se ejecutará la acción formativa. Ej. 8:00 a.m. - 12:00 m.

Total Horas Programadas: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Periodo.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nómina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica. N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se marca con una X en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcará con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM / G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda.

Totales: Se coloca la cantidad total de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

Impresa: Se escribe la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Encargado de División o Depto.: El encargado responsable de la división o departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

Formulario Acta de Reunión

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/2018

Dirección O Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Actividad: Seguimiento Ejecución Plan de capacitaciones SNS -2025

Código: 2.1.2.1.01

Evidencias de la capacitación (Humanización de los servicios de salud)

Fecha: 14 de Agosto 2025.



Acuerdos/ Compromisos		Responsable	Plazo De Ejecución	Logrado	
				SI	NO
Coordinado(A) De Reunión	Licda. Eraquia Ogando Lorenzo				
Relator(A)					



Código de la Acción de Capacitación: 20250306008
Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO MUSA
Facilitador(a): KATHERINE LUCIA RAMOS RAMIREZ

Fecha de Inicio: 14/08/2025
Fecha de Término: 14/08/2025
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel			Fecha					Resultado
			F	M	OP	MM/G	MM/G	MM/G	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
1	02700030931	ROSA MARIA ANASCO DURAN	X			X	X		14/08/2025					
2	40227184284	VIVIAN NAOMI BROWN ALCANTARA	X			X	X		14/08/2025					
3	02301172728	HELEN CESARINA BUSH PAYANO	X			X	X		14/08/2025					
4	02200070106	HILARIO CARVAJAL SENA		X			X		14/08/2025					
5	40221385124	LEIDI DIANA CASTRO CASTILLO	X			X	X		14/08/2025					
6	02301264251	NIURCA ELIZABETH CEDANO DE LOS SANTOS	X			X	X		14/08/2025					
7	40225821327	ANA CELESTE CONCEPCION SANTANA	X			X	X		14/08/2025					
8	40238339820	IMAK ELORADANA DATTON SILVERIO	X			X	X		14/08/2025					
9	13800051487	PATRICIA DE JESUS VASQUEZ	X			X	X		14/08/2025					
10	40212347047	CHRISTOPHER MANUEL GIRALDI MEJIA		X			X		14/08/2025					
11	02301630766	YOANA JIMENEZ BODRE	X			X	X		14/08/2025					
12	02301184434	LUIZ SELENA LOPEZ RINCON	X			X	X		14/08/2025					
13	40209667249	CHALIBEL LORENZO WILLIAMS	X			X	X		14/08/2025					
14	02300101470	MERCEDES ZORAIDA MONTILLA ACOSTA	X			X	X		14/08/2025					
15	02301395626	JENIFFER MOTA CASTILLO	X			X	X		14/08/2025					
16	22301712760	ROSMARIN ALEJANDRA OLIVARES ALMONTE	X			X	X		14/08/2025					
17	06800398007	KIRSY ANTONIA QUEZADA VALDEZ	X			X	X		14/08/2025					
18	40220962811	ANGELA MIGUELINA RUIO CONTRERAS	X			X	X		14/08/2025					
19	00117592980	LILLIAM RUIZ AGUASIVAS	X			X	X		14/08/2025					
20	40224398855	RUTH DELANIA SALAS ROJAS	X			X	X		14/08/2025					
21	02300948003	YISEL MARGARITA SANTANA BENITES	X			X	X		14/08/2025					
22	02301219206	LUIZA SEPEDRO SENFILIS	X			X	X		14/08/2025					
23	40224022802	ALEXANDRA STELLA VENTURA DIAZ	X			X	X		14/08/2025					
24	02301233603	MARLENE YLLA DE LA CRUZ	X			X	X		14/08/2025					
Total			22	2	2	10	14							

Observaciones: _____
Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP= Operario, MM= Mandos Medios, G= Gerente, Resultado.. C= Califica N/C= No califica
Certificado: Físico ☐ Web ☐

Cooperante de la Empresa: _____
Facilitador(a): _____

Asesor(a): _____

Encargado(a) de División Depto. _____

Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040:2025

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Facilitador: Se escribe el nombre del facilitador que imparte la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa. Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa. Ejemplo 13-12-14

Total Horas Instrucción: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Período.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nomina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica, N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se coloca una marca de cojejo en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcara con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM /G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda.

Totales: se coloca la cantidad de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: se escriben aquellas informaciones que sean relevantes.

Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Encargado de División o Depto.: El encargado responsable de la división o departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.



¿eres Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 14/08/2025

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 08:Am a 3:pm

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Erasmus Oyarzo	F	0230006165	Presidencia	Hospital de Antioquia	Erasmus	829-549-0377
Alfonso Oyarzo	M	0230000106	Enfermería	HRD AM	Alfonso	809-000906-6
Alfonso Oyarzo	F	02300204251	Lab. de	HRD AM	Alfonso	849507-7346
Frank & Dalton S.	F	402-3833982	Administración	HRD AM	Frank	849-375-3795
Frank & Dalton S.	F	023-0118443-4	Tratamiento	HRD AM	Frank	809-491-7510
Frank & Dalton S.	F	023-0094800-3	Administración	HRD AM	Frank	809-601-7314
Frank & Dalton S.	F	001-1759292-0	Analista	HRD AM	Frank	805-940-7266
Frank & Dalton S.	F	023-01395634	Administración	HRD AM	Frank	809-505-0415
Frank & Dalton S.	F	402-2439885	Administración	HRD AM	Frank	809-749-5417
Frank & Dalton S.	F	402-2439885	Administración	HRD AM	Frank	809-309-1311
Frank & Dalton S.	F	768-0035800	Administración	HRD AM	Frank	849-549-750-4851
Frank & Dalton S.	F	02301172228	Administración	HRD AM	Frank	849-655-0812
Frank & Dalton S.	F	768-1005443	Administración	HRD AM	Frank	849-732-5485
Frank & Dalton S.	F	402-240280-2	Administración	HRD AM	Frank	829-372-3420
Frank & Dalton S.	F	223-0171236-0	Administración	HRD AM	Frank	809-674-166
Frank & Dalton S.	M	023-1234704-4	Administración	HRD AM	Frank	829-4107-0917



Participantes					
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma
Margarita Cortez	F	023-0079224	Psicóloga	Hospital Nro. 1	Margarita Cortez
Luisa Sepúlveda	F	023-0121920	Psicóloga	Hosp. A. U. de A.	Luisa Sepúlveda
Margarita Mantilla	F		Señaladora	Hosp. Nro. 1	Margarita Mantilla
Héctor Moya	M	023-003303	Psicólogo	Hosp. Nro. 1	Héctor Moya
Edurne Melo B.	M	402-359405	Psicóloga	HDA	Edurne Melo
Josely Pacheco	F	402-3156434	Psicóloga	HDA	Josely Pacheco
Marisol L. Williams	F	402-0460724	Psicóloga	HDA	Marisol L. Williams
Maclean Pérez	F	402-3945500	Psicóloga	HDA	Maclean Pérez
Geidy Dávila	F	402-2133224	Psicóloga	HDA	Geidy Dávila
Ana Concepción S.	F	402-2582027	Psicóloga	HDA	Ana Concepción S.
Angie Díaz C.	F	402-2000081	Psicóloga	HDA	Angie Díaz C.
Natali Guerrero	F	402-2478434	Psicóloga	HDA	Natali Guerrero
Yolanda	F	023-012336	Psicóloga	HDA	Yolanda
María Ciller	F	402-2402280-2	Psicóloga	HDA	María Ciller
Abrenda Ventura	F		Psicóloga	HDA	Abrenda Ventura

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Formulario Acta de Reunión

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/2018

Dirección O Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Actividad: Seguimiento

Ejecución Plan de capacitaciones SNS -2025

Código: 2.1.2 .1.01

Evidencia de la Capacitación (Competencia Requeridas Para un Liderazgo Eficaz)

Fecha : 16 de septiembre 2025.



Acuerdos/ Compromisos	Responsable	Plazo De Ejecución	Logrado	
			SI	NO
Coordinado(A) De Reunión	Licda. Eraquia Ogando Lorenzo			
Relator(A)				





Código de la Acción de Capacitación: 20250306994
Nombre de la Acción de Capacitación: COMPETENCIAS REQUERIDAS PARA UN LIDERAZGO EFECTIVO
Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO MUSA
Facilitador(a): DAYLY YODALY JIMENEZ MORA

Fecha de Inicio: 16/09/2025
Fecha de Término: 16/09/2025
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

Participantes			Sexo		Nivel		Fecha		Fecha		Fecha		Resultado	
Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC	
1	40213866359	MILENI MAXIEL DE LA CRUZ ZAPATA	X			X	Mileni M.							
2	02301515272	CESAR TOMAS DE LOS SANTOS RODRIGUEZ		X		X	Cesar T. Rodriguez							
3	02300259534	ANTONIA DIAZ MORA	X			X	Antonía Díaz							
4	40228299968	CRISTY ROSSINI FELICIANO CROSS	X			X	Cristy R.C.							
5	02300120819	CLAUDIA ELIZABETH FELIPE SAMUEL	X			X	Claudia E.							
6	02300767569	MERCEDES GARCIA ROJAS	X			X	Mercedes G.							
7	40226154447	MERI MERCY GUERRERO ZORRILLA	X			X	Meri Mercy G.							
8	02300722564	ROSA FRANCIA MEJIA NUÑEZ	X			X	Rosa F.							
9	40235940547	EDUVN ALESAANDERS MELO BARRERA		X		X	Eduvn M.							
10	02300081631	ERAQUA AGUSTINA OGANDO LORENZO	X			X	Eraqua O.							
11	40211116211	LUIS GERARDO PEGUERO REYES		X		X	Luis Gerardo P.							
12	40225628870	DIANI DAYERI RAMIREZ DE JESUS	X			X	Diani R.							
13	40210142804	NAVIEL RAMOS FERNANDEZ	X			X	Naviel R.							
14	02300958671	JOSEFA RINCON	X			X	Josefa R.							
15	02301423246	YUDERKIS RIVERA HERNANDEZ	X			X	Yuderkis R.							
16	02301609844	LUISA KARINA RODRIGUEZ ACOSTA	X			X	Luisa K.							
17	40225885603	LISSETTE NATALI RODRIGUEZ CORDERO	X			X	Lissette R.							
18	00117592980	LILLIAM RUIZ AGUASIVIVAS	X			X	Lilliam R.							
19	02301074791	JORDANIA YOKARNIA VASQUEZ SANTANA	X			X	Jordania V.							
Total		16	3			19							Total	

Observaciones: _____
Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica NIC = No califica Certificado: Físico ☐ Web ☐

Contraparte de la Empresa: Dayly Jimenez Mora Asesor(a) _____ Encargado(a) de División Depto. _____
Facilitador(a)



Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040:2025

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Facilitador: Se escribe el nombre del facilitador que imparte la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa. Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa. Ejemplo 13-12-14

Total Horas Instrucción: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Periodo.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nomina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica, N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se coloca una marca de cotijo en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcara con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM/G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda.

Totales: se coloca la cantidad de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: se escriben aquellas informaciones que sean relevantes.

Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Encargado de División o Depto.: El encargado responsable de la división o departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.



Nombre de la Actividad:

Taller de Competencia Requeridas para un Liderazgo Efectivo (seguimiento del plan de capacitación 2025) código: 2.1.2.1.01

Área Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 16 de septiembre

Modalidad de la Reunión: Virtual ☒ Presencial ☐

Hora: 8.am a 3:pm

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Guadalupe Ojeda	F	003-00081651	Psicóloga	Hospital Dr. Antonio Musa	Guadalupe Ojeda	829-545-0373
María José	F	023-0072354	Enfermera	Hospital Dr. Antonio Musa	María José	829-369-1124
Luisa Marina Rodríguez	F	023-01609844	Residente	Hospital Dr. Antonio Musa	Luisa Marina Rodríguez	809-519-3844
Marcelo Domínguez	F	402-10143804	Residente	Hospital Dr. Antonio Musa	Marcelo Domínguez	809-830-2826
Leidy Jaramila	M	402-1111621-1	Residente	Hospital Dr. Antonio Musa	Leidy Jaramila	609-416-3145
Antonina Diles	F	023-0025953-4	Sup. Inf.	Hospital Dr. Antonio Musa	Antonina Diles	829-556-6665
Guadalupe Melo Barrios	M	402-359054-7	Asesoría	Hospital Dr. Antonio Musa	Guadalupe Melo Barrios	829-362-6465
Lucy O. Rodríguez	F	402-25384603	Ps. Inf.	Hospital Dr. Antonio Musa	Lucy O. Rodríguez	809-520-8093
Daniela D. Domínguez	F	402-25384603	Ps. Inf.	Hospital Dr. Antonio Musa	Daniela D. Domínguez	809-374-8656
Isabel D. Domínguez	F	023-0012081-9	Enf. Fisiol.	Hospital Dr. Antonio Musa	Isabel D. Domínguez	849-802-4814
Guadalupe Goyola	F	023-00763564	Enf. Fisiol.	Hospital Dr. Antonio Musa	Guadalupe Goyola	829-209-3495
María José	F	001-15922980	Enf. Fisiol.	Hospital Dr. Antonio Musa	María José	809-910-7266
Guadalupe Luna	F	023-0142344	Q. de Inf.	Hospital Dr. Antonio Musa	Guadalupe Luna	829-810-7300
María José	F	023-0107435	Enf. Fisiol.	Hospital Dr. Antonio Musa	María José	809-519-3844
Christy Blican Cos	F	802-282996-8	Re. CX	Hospital Dr. Antonio Musa	Christy Blican Cos	809-520-1763
María José	F	402-2615444-7	MF. C	Hospital Dr. Antonio Musa	María José	809-520-1763

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Ejecución de Plan de Capacitación julio-septiembre

AsistenteRRHH RRHHmusa <asistentehrrhrrhnmusa@gmail.com>
to RH-YESSICA-PINA1994

 Thu, Sep 18, 9:09 AM (4 days ago)



One attachment • Scanned by Gmail

EJECUCION DE P...

↩ Reply

↪ Forward





Informe Trimestral de Ejecución del Plan de Capacitación

Nomenclatura: INAP-FAC-003
Tipo: Formulario
Versión: 2
Vigencia: 22/1/2019

Fecha: 18 de septiembre 2025

Institución: Hospital Regional DR. Antonio Musa Trimestre correspondiente: Julio -Septiembre

	Área Requiriente	Conocimientos/ Competencias a desarrollar o fortalecer	Capacitaciones Ejecutadas	Cantidad Participantes Género Femenino	Cantidad Participantes Género Masculino	Cantidad de Participante	Costo Estimado por Participante	Costo Total
Proceso de Gestion administrativo	Area Administrativa	conocer sobre los procedimientos que se necesitan para disminuir los efectos negativos a posibles problemas presentados.	1	14	4	18	RD\$200	RD\$ 3,600.00
Humanizacion de los servicios de salud	Todas las Areas	adquirir los conocimientos para poder proporcional cuidado al usuario de manera solida digna con respeto y empatia	1	22	2	24	RD\$250	RD\$ 6,000.00
Competencias Requeridas para un liderazgo Efectivo	Area Administrativa	fortalecer los conocimientos sobre las habilidades y tecnicas que le puedan permitir dirigir eficazmente a	1	16	3	19	RD\$260	RD\$4,940.00

TOTAL RD\$ 14,540.00


Responsable Dpto. de Recursos Humanos
Firma y sello
