

 	Informe de Avances SISMAP Salud	Documento No.: INAP-FOF-029
		Fecha de emisión: 03/07/2024
		Fecha de revisión: N/A
		Versión: 01
Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas		

Institución: Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina **Fecha:** 30/6/2025
Responsable: RECURSOS HUMANOS **Correo Electrónico:** rrhmaternidadsanlorenzo@gmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
2	GESTION DE CALIDAD EN ADMINISTRACION PUBLICA APLICADO AL CAF	Abril	Logrado	
9	SALUD Y HUMANIZACION	Mayo	Logrado	
13	GESTION EFICAZ DEL TIEMPO	Junio	Logrado	
14	GESTION ADMINISTRATIVA Y LIDERAZGO GERENCIAL	Junio	Logrado	
21	COSTO	Junio	Logrado	
34	SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	Junio	Logrado	
37	BIOSEGURIDAD	Abril	Logrado	
41	FACTURACION Y AUDITORIA	Junio	Logrado	
42	MANEJO DE CONFLICTOS	Junio	Logrado	

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan

[Firma manuscrita]

Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello



Nombre de la Actividad: Gestión de Calidad Aplicado al CAF

Área Responsable: Enc. de RRHH

Fecha: 14/4/2025

Modalidad de la Reunión: Virtual ☒ Presencial ☒
Hora: 9:00 a. m.

Lugar/Plataforma: Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Rabel Arias	F	N/A	Enc. Planificación	H M I S L L M	Rabel Arias	809-902-3442
Priscila Jacq. Pinales	F	N/A	Relaciones Laborales	H M I S L L M	Priscila	829-389-7656
Mercedes Tejada	F	N/A	Monitoreo	H M I S L L M	Mercedes	829-260-9199
Glorys Vargas	F	N/A	Enc. Calidad Gestión	H M I S L L M	Glorys Vargas	829-367-2040
Victor Martinez	M	N/A	Enc. Calidad	H M I S L L M	Victor M.	809-993-3349
Katty F.	F	N/A	Analista Estadística	H M I S L L M	Katty F.	809-902-9592
Serafín Virenes	F	N/A	Aux. Rec. Humanos	H M I S L L M	Serafín	809-699-6666
Gianna Durán	F	N/A	Asist. Director	H M I S L L M	Gianna	809-858-0385
Yumilka Tavaréz Reyes	F	N/A	Secretaria	H M I S L L M	Yumilka	809-852-9113
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				



Gestión de Calidad en la Administración Pública, Aplicando CAF

CURSO IMPARTIDO POR EL INAP

FECHA: ABRIL 2025

CÓDIGO:04-244-6822-25-01-V



Instituto Nacional
de Administración Pública



Modalidad Virtual

Código de Validación

491401



República Dominicana
Ministerio de Administración Pública

Instituto Nacional de Administración Pública

Otorga el presente Certificado a

VICTOR ENERCIDO MARTINEZ NUÑEZ

Por haber cumplido con los requisitos de Curso de:

**Gestión de Calidad en la Administración Pública, Aplicando
CAF**

Celebrado en el mes de Abril del 2025, duración: 16 horas

Dado en Santo Domingo, D.N., a los 06 días del mes de noviembre, 2025

Gregorio De Jesús Montero Montero
Director General

Nombre de la Actividad: Humanización a los Servicios de Salud

Área Responsable: Enc. de RRHH

Fecha: 8/5/2025

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒
Hora: 9:00 a. m.

Lugar/Plataforma: Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Leonora Sealeo	F	N/A	Médico función	HMTSL	Leonora Sealeo	leonoraleo123@gmail.com
Jahira Santana B	F	N/A	Auditor	HMTSL	Jahira Santana	Jahira_26@hotmail.com
Jessica Santana	F	N/A	R2 Pediatría	HMTSL	Jessica Santana	jessicasantana.j502@gmail.com
Nicolás Ramos Johana	M	N/A	R3 Pediatría	HMTSL	Nicolás R	Nicolasramos@hotmail.com
Jacqueline Alarín	F	N/A	Médico pediatra	HMTSL	Jacqueline Alarín	Jacquelinealarin25@hotmail.com
Nancy Arango	F	N/A	R2 R.O.P.	HMTSL	Nancy Arango	edmaralmar2105@gmail.com
Martina Contreras	F	N/A	Secretaría	HMTSL	Martina Contreras	Contrerasmartina009@gmail.com
Arlenny Ferrer	F	N/A	Aux facturación	HMTSL	Arlenny	arleny1970@gmail.com
Felicia Osorio Pacheco	F	N/A	Aux facturación	HMTSL	Felicia Osorio	10142034FE@gmail.com
Yvonne Paez	F	N/A	Administrativo	HMTSL	Yvonne P.	lv-yoja1992@hotmail.com
Francisco Motos	F	N/A	Atención al usuario	HMTSL	Francisco	8294506038
Mariliza Baldo	F	N/A	Atención al usuario	HMTSL	Mariliza Baldo	Mariliza_Baldo04@gmail.com
Faure Pequero	F	N/A	Analista de Presupuesto	HMTSL	Faure Pequero	pequerofaure18@gmail.com
Deisy Encarnación	F	N/A	Enfermera	HMTSL	Encarnación	/
Rossely Glor Guzman	F	N/A	Auditor Médico	HMTSL	Rossely Glor	Rossely620@hotmail.com
Zola E. García Valerio	F	N/A	Auditor Médico	HMTSL	Zola E. García	GarciaZola997@gmail.com

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

Código de la Acción de Capacitación: 20251602072

Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Institución / Empresa: Hospital materno infantil San Lorenzo de los Ríos

Facilitador(a): TERESA LISBET PARRA BUENO

Fecha de Inicio: 08/05/2025

Fecha de Término: 08/05/2025

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

C
C
F
H
U

No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	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	40225604608	ALMA ESPERANZA ABREU PEREZ	X			X	Alma A.					X	
2	04701010961	MARIA NATIVIDAD CIDRIAN GARCIA	X			X	Maria N.					X	
3	00117383117	EVA MARIA CONCEPCION MOLINA	X			X	Eva M. Concepción					X	
4	11000040201	MARTINA CONTRERA ENCARNACION	X			X	Martina C.					X	
5	01300405790	LEONOR CESARINA DE OLEO PEREZ	X			X	Leonor C.					X	
6	01200523536	DEISY ENCARNACION ENCARNACION	X			X	Deisy E.					X	
7	40227645369	ARILENNY FERRERAS FERRERAS	X		X		Arileny F.					X	
8	00116023680	ZOILA ELIZABETH GARCIA VALERIO	X			X	Zoila G.					X	
9	22301154765	ROSSELYS YISSEL GLASS GUZMAN	X			X	Rosely G.					X	
10	00110345121	YUDELKYS LORENZO LORENZO	X			X	Yudelky L.					X	
11	00109164137	JACQUELINE MARTINEZ DE SORIANO	X			X	Jacqueline M.					X	
12	07800085347	EUFACIDYS MATOS FERRERAS	X			X	Eufacidy M.					X	
13	00108810151	GUILLERMINA I DE JESUS NADAL JIMENEZ	X			X	Guillermina J.					X	
14	40241433529	FELICIA MARIA OSORIA PICHARDO	X			X	Felicia O.					X	
15	00115536443	LAURA CRISTINA PEGUERO VALDEZ	X			X	Laura P.					X	
16	40225194204	RUSBEL RAMOS JABALERA		X		X	Rusbel R.					X	
17	00400235289	YOJARIS ROSARIO COCA	X			X	Yojaris C.					X	
18	40224341111	JESSICA SANTANA BAUTISTA	X			X	Jessica B.					X	
19	22300048125	YAFREICI SANTANA RIVERA	X			X	Yafreici R.					X	
20	22300574369	MARIOLIZA UBALDO SENA	X			X	Marioliza S.					X	
21	22301708933	SORANGEL PENELOPE VIVENES CAMBERO	X			X	Sorangel C.					X	
Total			20	1	1	20						Total	21

INFOTEP
Dirección Regional Oriental
División de Registro y Estadística, Revisado y Validado
Firma: *[Firma]*
Fecha: 02/06/25

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica

Certificado: Físico ☐ Web ☐

[Firma]
Contraparte de la Empresa

[Firma]
Facilitador(a)

[Firma]
Asesor(a)

[Firma]
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 cotejo 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 marcara con una X en el recuadro Web.

Nombre de la Actividad:

Gestión Eficaz del Tiempo

 Área Responsable: **Recursos Humanos**

Fecha: 27/5/2025

 Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 9:00 p. m.

 Lugar/Plataforma: **Salón de pediatría**
Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Valdís Tovar	F	N/A	Asp. Ps. - H	H MISLLM	Valdís	829-3211-9877
Giordania Domínguez	F	N/A	Gerente Nac. Vivos	H MISLLM	Giordania Domínguez	gidom0316@gmail.com
Dra. Lismar P. Píntel / Z.	F	N/A	ODONTÓLOGA	H MISLLM	Dra. Píntel	lismarpíntel@gmail.com
Dra. Rosm. Leppis Regia	F	N/A	Odontóloga	H MISLLM	Dra. Regia	mcfiaonabel@hotmail.com
Doris I. León	F	N/A	Enc. dispensa	H MISLLM	Doris León	DorisJackelin@hotmail.com
Yorkendy Rodriguez	F	N/A	Enc. Almacén	H MISLLM	Yorkendy R.	YorkeysRodriguez@gmail.com
Franciads mato	F	N/A	Atención	H MISLLM	Franciads	EnFranciads@gmail.com
Angely Hernández G.	F	N/A	Atención	H MISLLM	Angely	hermandeangely74@gmail.com
Mariáliza Ubaldo	F	N/A	atención	H MISLLM	Mariáliza	marializa.ubaldo9@gmail.com
Santa A. de la Cruz Bell	F	N/A	Enc. Psicoproblemas	H MISLLM	Santa A. de la Cruz Bell	809-7711841
Alcemia Jovani	F	N/A	Asp. Enf.	H MISLLM	Jovani	809-428-5034
Somangel Viveros	F	N/A	RAH (Archivo)	H MISLLM	Somangel Viveros	849-379-5171
JOSE L. Pérez	M	N/A	DIVISION LEGAL	H MISLLM	Jose L. Pérez	JoseLopez2006@gmail.com
Seyann San R.	F	N/A	Enc. Div. jurídica	H MISLLM	Seyann	829-430-4766
		N/A				
		N/A				

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



Código de la Acción de Capacitación: 20251603350

Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO EFICAZ DEL TIEMPO

Institución / Empresa: HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA

Facilitador(a): ELY ISABEL TAVERAS ALMONTE

Fecha de Inicio: 27/06/2025

Fecha de Término: 27/06/2025

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	00500185533	SANTA AFRA DE LA CRUZ BELLO	X			X	Santa de la Cruz					X	
2	00115429045	GIORDANIA DOMINGUEZ HERNANDEZ	X			X	Giordania Dominguez					X	
3	40237637232	ANGELY HERNANDEZ GUTIERREZ	X			X	Angely H.G.					X	
4	00104109095	UCENIA JAVIER	X			X	Ucenia Javier					X	
5	02000158275	DORIS JACKELIN LEON PEREZ	X			X	Doris Leon					X	
6	00104886833	DEYANIRA LUNA RIVERA	X			X	Deyanira Luna					X	
7	07800085347	EUFACIDYS MATOS FERRERAS	X			X	Eufacidy Matos					X	
8	01001145943	ROSMILENNIS ANABEL MEJIA MAÑON	X			X	Rosmilenis Mejia					X	
9	40241433529	FELICIA MARIA OSORIA PICHARDO	X			X	Felicia Osoria					X	
10	02000090494	JOSE LUCIA PEREZ VOLQUEZ		X		X	Jose Lucia Perez					X	
11	00112050992	LISMARYS ALTAGRACIA PIMENTEL EUSEBIO	X			X	Lismarys Pimentel					X	
12	22301186353	YORKENDRY DANEIRY RODRIGUEZ FRANCISCO	X			X	Yorkendry Rodriguez					X	
13	22300840372	NALLIL TAVAREZ	X			X	Nallil Tavaréz					X	
14	22300574369	MARIOLIZA UBALDO SENA	X			X	Marioliza Ubaldo					X	
15	22301708933	SORANGEL PENELOPE VIVENES CAMBERO	X			X	Sorangel Vivenes					X	
Total			14	1		15						Total	15

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Contraparte 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 cotejo 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.

Certificado de Participación

Otorgado a:

YORKENDRY DANEIRY RODRIGUEZ FRANCISCO

Por haber cumplido satisfactoriamente con los requisitos del curso:

Manejo Eficaz del Tiempo

Con una duración de 8 horas

Impartido en HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE
LOS MINA

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición
de Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santo Domingo Este República Dominicana

el día 27 del mes junio del año 2025

y registrado en el libro 30 folio 203 con el Número 12



Director Regional



Encargado Registro y
Estadísticas

Para validar, visite:
<https://www.infotep.gob.do>



Nombre de la Actividad: **GESTION ADMINISTRATIVA Y LIDERAZGO GERENCIAL**

 Área Responsable: **RRHH**

 Fecha: **24/6/2025**

 Modalidad de la Reunión: **Virtual** ☐ **Presencial** ☒

 Hora: **9:00 a. m.**

 Lugar/Plataforma: **Auditorio**

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Elvira Guiral	F	N/A	Enc. Recursos	H M I S L L M	[Firma]	829-278-1179
Emely Peña	F	N/A	Analista Rec.Hum	H M I S L L M	Emely P.	809-205-9180
Natalia Vargas	F	N/A	Analista Rec.Hum	H M I S L L M	[Firma]	821-341-9897
Martina Contreras	F	N/A	Secretaria	H M I S L L M	Martina Contreras	849-354-7913
Luzmila B. B. B.	F	N/A	Sup. General	H M I S L L M	[Firma]	829-557-3700
Vivian Cruz	M	N/A	Enc. Recursos	H M I S L L M	[Firma]	829-993-3319
Maria Ysabel Palm	F	N/A	DOC Enfermería	H M I S L L M	[Firma]	809-222-4778
Maribel Montiel	F	N/A	Sup. General	H M I S L L M	Maribel Montiel	809-425-7110
Katrin A. Vargas	F	N/A	Enc. Recursos	H M I S L L M	Katrin A. Vargas	829-631-8021
Luzmila B. B. B.	F	N/A	Enc. Recursos	H M I S L L M	[Firma]	829-222-9715
Christina Cruz	F	N/A	Enc. Recursos	H M I S L L M	Christina Cruz	809-225-6773
Yadson Roa	F	N/A	Sup. General	H M I S L L M	Yadson Roa	849-868-8318
Dr. Guillermo Nadal	F	N/A	ENC. PMC	H M I S L L M	[Firma]	809-440-2979
Sebastián Rodríguez	M	N/A	Sup. Mantenimiento	H M I S L L M	[Firma]	849-863-4816
Felicia Osoria	F	N/A	Aux. Redacción	H M I S L L M	Felicia Osoria	809-672-3529
Marta G. G.	F	N/A	Mantenimiento	H M I S L L M	[Firma]	829-260-9199

*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.

1 | Página





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

Código de la Acción de Capacitación: 20251603042

Nombre de la Acción de Capacitación: HABILIDADES GERENCIALES

Institución / Empresa: HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA

Facilitador(a): LUCIA RODRIGUEZ CUEVAS DE RODRIGUEZ

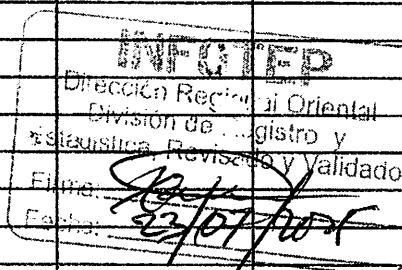
Fecha de Inicio: 08/07/2025

Fecha de Término: 08/07/2025

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	01800646588	AWILDA DANILDA AMADOR DIAZ	X			X	08/07/25					X	
2	00115418022	ARACELIS ELIZABETH BENCOSME DE LA CRUZ	X			X	Aracelis					X	
3	00103642732	JUANA HERIBERTA BERNABE QUITERIO	X			X	Juana					X	
4	00117610733	MELANI KARIN CABA	X			X	Melani					X	
5	00107584393	JOHANNA CORNIELL LOPEZ	X			X	Johanna					X	
6	00500185533	SANTA AFRA DE LA CRUZ BELLO	X			X	Santa Afra					X	
7	00116278714	GILBERTO ANTONIO DE JESUS VICTORIA		X		X	Gilberto					X	
8	06800359439	ADALIA DE LA CRUZ FIGUEROA	X			X	Adalia					X	
9	02000158275	DORIS JACKELIN LEON PEREZ	X			X	Doris					X	
10	00110345121	YUDELKYS LORENZO LORENZO	X			X	Yudelkys					X	
11	00104886833	DEYANIRA LUNA RIVERA	X			X	Deyanira					X	
12	22300676099	PATRICIA MALDONADO DISLA	X			X	Patricia					X	
13	00104572136	CARMEN NATACHA MARMOLEJOS GONZALEZ	X			X	Natacha					X	
14	00116564717	VICTOR ENERCIDO MARTINEZ NUÑEZ		X		X	Victor					X	
15	22301368381	ANABEL MATEO LARA	X			X	Anabel					X	
16	00106289135	JOSE ANTONIO MORDAN DE JESUS		X		X	Jose Antonio					X	
17	00108418468	BRIGIDA MORENO DE JESUS	X			X	Brigida					X	
18	00108810151	GUILLERMINA I DE JESUS NADAL JIMENEZ	X			X	Guillermina					X	
19	00107605297	MARIA YSABEL PALM UREÑA	X			X	Maria Ysabel					X	
20	00105474605	ROSA AURA RAMIREZ LUGO DE DE LA CRUZ	X			X	Rosa Aura					X	
21	40200510473	SABRINA LEANDRA REINOSO RODRIGUEZ	X			X	Sabrina					X	
22	22301402545	LAURY CAROLINA SANTOS AVILA	X			X	Laury					X	
23	04500126224	MILAGROS BIENVENIDA ALTAGRACIA SENIOR VERAS	X			X	Milagros					X	
24	22300840372	NALLIL TAVAREZ	X			X	Nallil					X	
25	22300193665	YUMILKA INDIRA TAVAREZ REYES	X			X	Yumilka					X	
26	40212389932	KAROLINE MARCIEL VARGAS MENDEZ	X			X	Karoline					X	
27	00104130067	JOLANIS ZULEIKA VASQUEZ BALDERA	X			X	Jolani					X	
28	22301708933	SORANGEL PENELOPE VIVENES CAMBERO	X			X	Sorangel					X	
Total			25	3		28						Total	28



Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Nancy Alvarez
Contraparte de la Empresa

[Signature]
Facilitador(a)

Fabian Nator
Asesor(a)

Zala L. [Signature]
Encargado(a) de División Depto.



Legenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Manuel Aguilar
Contraparte de la Empresa

[Signature]
Facilitador(a)

Carina Nieto
Asesor(a)

Zela L. L. L.
Encargado(a) de División Depto.



Nombre de la Actividad: COSTO

Área Responsable: RRHH

Fecha: 13 Y 20 de Junio 2025

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒
Hora: 9:00 a. m.

Lugar/Plataforma: Auditorio del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Nayeli TAVAREZ	F	223-8084037-2	Aux. RR-HH	H MISLL	Nayeli Tavaréz	829-341-9897
Yokendy Rodríguez	F	223-0118635-3	Enc. Almacén Job.	H MISLL	Yokendy R.	829-578-7556
Roberto Asencio	M	001-0526965-7	Analista Financiero	H MISLL	Roberto Asencio	829-447-9424
Doris Leon	F	020-0015827	Enc. Dispensa	H MISLL	Doris Leon	809-510-5727
Anabel Matus Pina	F	223-013838-1	Aux. Facturación	H MISLL	Anabel Matus Pina	829-463-5632
Laura A. Guzmán Feliz	F	223-0096846-2	Aux. Facturación	H MISLL M	Laura G.	829-519-4646
Yessenia Paula Díaz	F	223-0068395-8	Aux. Facturación	H MISLL M	Yessenia P. Díaz	829-705-1006
Laura Peguero	F	001-1553644-3	Analista Presupuesto	H SM I	Laura Peguero	809-718-8141
Debmira Garcia	F	001-0490996-5	Debmira Garcia	H. M. J. S. L. M	Debmira Garcia	809-958-6330
Leora Santos	F	223-0140254-5	Aux. Facturación	H MISLL M	Leora Santos	829-856-4976
Ashley Danielle P.	F	402-1521938-3	Aux. Facturación	H MISLL M	AP.	809-210-1350
Ayleny Ferreras	F	402-2764536-9	Aux. Facturación	H MISLL M	Ayleny F.	829-886-7877
Yani Francisco Díaz	F	809-510-1525	Enc. Presupuesto	H MISLL M	Yani F.	809-510-585
Messiel Mora	F	223-0052082-3	Enc. Nomina	H MISLL M	Messiel Mora	809-342-9827
Johanna Cabrera Ventura	F	001-0034025-8	Analista Financiero	H MISLL M	Jc. Cabrera	829-210-2025
Luz Maria Benzo	F	402-2332362-4	Analista Financiero	H MISLL M	Luz Benzo	809-310-1520

***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.

2 | Página

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

Certificado de Participación

Otorgado a:

YORKENDRY DANEIRY RODRIGUEZ FRANCISCO

Por haber cumplido satisfactoriamente con los requisitos del curso:

Auxiliar de Costo

Con una duración de _____ 10 _____ horas

Impartido en HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE
LOS MINA

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición
de Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santo Domingo Este República Dominicana

el día 20 del mes junio del año 2025

y registrado en el libro 29 folio 255 con el Número 16



Director Regional



Encargado Registro y
Estadísticas

Para validar, visite:
<https://www.infotep.gob.do>



Nombre de la Actividad: **SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

 Área Responsable: RRHH

 Fecha: 03 de Junio 2025

 Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

 Hora: 9:00 a. m.

 Lugar/Plataforma: Auditorio del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Michael Suval	F	N/A	Enc. de Humanos	H M I S L L M	[Firma]	829-278-1179
Annes F. Batista A.	F	N/A	Aux. factoración	H M I S L L M	[Firma]	829-605-0990
Raquel E. Carrasco	F	N/A	Enc. TB médica	H M I S L L M	[Firma]	849-889-7724
Elidiano Carrasco	F	N/A	Aux. factoración	H M I S L L M	[Firma]	809-279-1120
Wignny Fely	F	N/A	Aux. factoración	H M I S L L M	[Firma]	829-518-6894
Elena C. Cordero	F	N/A	Médico Tm	H M I S L L M	[Firma]	829-645-8888
María G. Pilon	F	N/A	Médico General	H M I S L L M	[Firma]	829-279-2586
Paola Dejesus	F	N/A	Enf. Atención Directa	H M I S L L M	[Firma]	829-692-3753
Felicia de la Cruz H.	F	N/A	Enfermera Atención Directa	H M I S L L M	[Firma]	809-234-2699
Yussana Y. Díaz	F	N/A	Enfermera Atención Directa	H M I S L L M	[Firma]	809-388-6072
Optimil Bony	F	N/A	Médico Emergencia	H M I S L L M	[Firma]	809-350-1837
Stephane Hrochita	F	N/A	Médico Urgencia	H M I S L L M	[Firma]	809-856-8452
Danery Alt. Marin Pina	F	N/A	Aux. enfermera	H M I S L L M	[Firma]	809-350-0080
Francisco Mojica	M	N/A	Enfermero	H M I S L L M	[Firma]	809-546-6443
Miguelina Ochoa	F	N/A	Enf. Atención Directa	H M I S L L M	[Firma]	829-760-0120
Mariliza, Ubaldo Pena	F	N/A	Atención de Urgencia	H M I S L L M	[Firma]	809-470-2071

*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.

2 | Página

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



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2025
Edición 9

Código de la Acción de Capacitación: 20251603105
Nombre de la Acción de Capacitación: SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL
Institución / Empresa: HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA
Facilitador(a): ROBER ALFONSO FLORENTINO MIRABAL

Fecha de Inicio: 02/06/2025
Fecha de Término: 16/06/2025
Total Horas Programadas: 30
A Pagar: 30

No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	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	00115801037	FATIMA YOKASTA ACEVEDO LUGO	X			X						X		
2	40232656138	CRHISBETH ALCANTARA DIAZ	X		X							X		
3	40220276394	ANNES FRANCESCA BATISTA ARIAS	X			X						X		
4	00104671599	RAQUEL ELIZABETH CARRASCO CUELLO	X			X						X		
5	40213356211	WILDANIA CARRASCO SENA	X			X						X		
6	02601143460	ELIZABETH CASTRO GONZALEZ	X			X						X		
7	00115569238	BRENDA GENARA DE LEON GARCIA	X			X							X	
8	40200469050	PAOLA DE JESUS DE LEON	X			X						X		
9	22300970518	FELICIA DE LA CRUZ MATEO	X			X							X	
10	40221750116	LUISANNA YDELBA DIAZ MARIA	X			X							X	
11	22301616177	ARIANNY ESTEFANI FELIZ FELIZ	X			X							X	
12	02700438258	JAKEIRY ELIASAMNA GOMEZ SURIEL	X			X						X		
13	02301302317	STEPHANIE HOOGLITER NUÑEZ	X			X						X		
14	40209367727	DANIELA MERCEDES JAVIER MARMOLEJO	X		X							X		
15	22301195172	DANEIRY ALTAGRACIA MARINE POLANCO	X			X						X		
16	40222379147	FRANCISCO JAVIER MOJICA ROSARIO		X		X						X		
17	01100048360	MIGUELINA OTAÑO DIAZ	X			X						X		
18	22500286384	EMELY EVANGELISTA PEÑA DURAN	X			X							X	
19	22400640672	JESSIKA MADHELINE RESTITUYO	X			X						X		
20	22300530544	ROSA ARGELIA RODRIGUEZ GUERRERO	X			X						X		
21	00400235289	YOJARIS ROSARIO COCA	X			X						X		
22	00118486679	JOHANNY ESTHER RUDECINDO ROSARIO	X			X							X	
23	00116878687	EVELYN NAIROBY SANTOS CABRAL	X			X						X		
24	22300840372	NALLIL TAVAREZ	X			X						X		
25	22300574369	MARIOLIZA UBALDO SENA	X			X							X	
Total			24	1	2	23						Total	17	8

INFOTEP
Dirección Regional Oriental
División de Registro y Estadística
Revisado y Validado
Firma: [Firma]
Fecha: 26/06/2025

Observaciones:
Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica
Certificado: Físico ☐ Web ☐
Facilitador(a): [Firma] Asesor(a): [Firma] Encargado(a) de División Depto: [Firma]



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 cotejo 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: **Bioseguridad**

Área Responsable: **Enc. de RRHH**

Fecha: **23/4/2025**

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: **9:00 a. m.**

Lugar/Plataforma: **Auditorium**

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Edgustina Brito Rengifo	F	N/A	Enfermera	H.M.I.S.L.M.	Edgustina Rengifo	
Sheily Lopez	F	N/A	Tasa UCH	H.M.I.S.L.M.	Sheily Lopez	sheilylopez@gmail.com
Fancy Lucia Cruz	F	N/A	Enfermera	H.M.I.S.L.M.	Fancy Cruz	Cruz fancy Cruz@gmail.com
AGUSTINA MARTINEZ	F	N/A	Enf. Directa	H.M.I.S.L.M.	AGUSTINA Martinez	agustina.m@H.M.I.S.L.M.
Zoraida Valde	F	N/A	Enc. UCH Adm.	H.M.I.S.L.M.	Zoraida Valde	zoraida.valde@gmail.com
Bettinecia Ramirez	F	N/A	Enf. Cirujia	H.M.I.S.L.M.	Bettinecia R.	Bettinecia.ramirez952@gmail.com
KARINA MUÑOZ	F	N/A	Lavandería	H.M.I.S.L.M.	Karina Muñoz	8099665761
Petronila Martinez	F	N/A	Lavandería	H.M.I.S.L.M.	Petronila M.	
Kenny Velazquez	F	N/A	Sepeñero	H.M.I.S.L.M.	Kenny Velazquez	829838-8374
Yarelly Rodriguez	F	N/A	Rec. Hospitalaria	H.M.I.S.L.M.	Yarelly Rodriguez	849-258-1630
Oquidia	F	N/A	Comop		Oquidia	8492737499
Kenny Velazquez	F	N/A	Sepeñero	H.M.I.S.L.M.	Kenny Velazquez	829838-8374
Andres Murillo	M	N/A	Enfermero	H.M.I.S.L.M.	Andres Murillo	829-517-2451
Jenny Felix	F	N/A	Enfermera	H.M.I.S.L.M.	Jenny Felix	829-909-3123
Veronica Lombardi	F	N/A	Enfermera	H.M.I.S.L.M.	Veronica Lombardi	809-972-7749
Alexandra de Ocho	F	N/A	AUX. ENF.	H.M.I.S.L.M.	Alexandra	809-390-0380

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



Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Agustina Brito	F	N/A	Enfermera	San Lorenzo de los Rios	Agustina Brito	
Nayra Batlle	F	N/A	cod. proceso	HMSIIM	Nayra	829-9385616
Milagro Foung	F	N/A	Enf.	HMSLHM		849-6377321
Belen T. Colva Matos	F	N/A	aux enf	HMSLHM	Belen	849-2642826
Karenna Brito	F	N/A	DOC. Proceso	AMSLHM	Karenna	809-882-6745
Alba Z. Castro	F	N/A	Enfermera	HMSLHM	Alba	809-272-2701
Zoa Concepcion	F	N/A	Enfermera	HMSLHM	Zoa	809-969-0129
Maidalberto P. Sosa	M	N/A	masajista		Maidalberto	
Diana M. L. Fajardo	F	N/A	Enf.	HMSLHM	Diana	849-293-2412
Upton Valverde Portuondo	M	N/A	Populista	HMSLHM	Upton	829-328-0632
Elania de los Rios	M	N/A	Salud M	HMSLHM	Elania	809 715-9022
Rosanna Brito	F	N/A	Supervisada	MAYORDOMIA	Rosanna Brito	829-6846935
Suzette Ojeda	F	N/A	Enfermera	MAYORDOMIA	Suzette	829 432-6068
Nayra Matos	F	N/A	Bioseguridad	HMSLHM	Nayra	829 706-9260
Victoriana Guedes	F	N/A	Inc. Bioseguridad	HMSLHM	Victoriana	809 463 5862
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				

*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.



Dr. Emilyn Castillo
 Infectólogo

Nombre de la Actividad: **FACTURACION Y AUDITORIA**

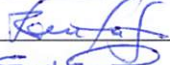
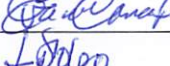
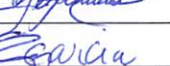
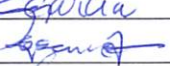
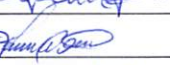
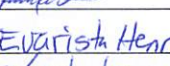
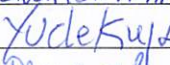
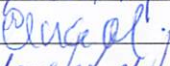
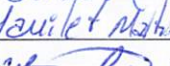
 Área Responsable: RRHH

 Fecha: 3/6/2025

 Modalidad de la Reunión: ☒ Virtual ☐ Presencial

 Hora: 9:00 a. m.

 Lugar/Plataforma: Sala Situacional

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Kayla Benavente	F	N/A	medico Auditor	H M I S L L M		809-694669
Evelyn A. Bernal	F	N/A	Medico Auditor	H M I S L L M		809-217-9301
Eda P. Matamoros	F	N/A	medico Auditor	H M I S L L M		809-446-9261
Leonor C. De Oleo	F	N/A	medico familiar	H M I S L L M		80-885-8885
Geier V. Ferreras	F	N/A	Odontologa	H M I S L L M		821-880-7714
Zella E. Garcia	F	N/A	Medico Auditor	H M I S L L M		809-204-0271
Isabel V. Glass	F	N/A	Medico General	H M I S L L M		809-713-7803
Laura Andrea Guzman	F	N/A	dra. facturación	H M I S L L M		809-713-7863
Evarista Henriquez	F	N/A	facturación	H M I S L L M		809-698-7581
Yudelkis Lorenzo	F	N/A	Odontologa	H M I S L L M		809-258-7786
Ara Martinez	F	N/A	med. epidemio	H M I S L L M		809-725-3022
Yamilet Martinez	F	N/A	facturación	H M I S L L M		829-81-6935
Manuela Morillo	F	N/A	Medico Auditor	H M I S L L M		809-703-0012
Yasirici Santana	F	N/A	Enfermera	H M I S L L M		809-259-2815
Naliet Tavares	F	N/A	Analista RRHH	H M I S L L M		829-341-9177
Yumika I. Tavares	F	N/A	Enc. facturación	H M I S L L M		809-985-2918

*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.



Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Isabel Jean Sein	F	N/A	R1 G-0	HMSLLM	Sein	ysabelts96@gmail.com
Luis Xerdyne Zalde jony	F	N/A	R1-G-0	HMSLLM	Zalde	luisanvia@gmail.com
Generys de la Cruz Padma	F	N/A	R1 G-0	HMSLLM	no de la Cruz	generys9405@gmail.com
Manuel Omar de la Cruz Paula	M	N/A	R1 G-0	HMSLLM	Paula	828-786-5692
Alfonso de la Cruz	M	N/A	R1 G-0	HP MWSA	Alfonso	827475-8951
Sorangel Saldivin	F	N/A	R1 G-0	HP MWSA	Saldivin	809-686-4453
Felicita Gennari G	F	N/A	R1 G-0	HP MWSA	Felicita	849-628-3277
Romel Ruiz	M	N/A	R1 G-0	HMSLLM	Romel	829-473-8488
Edgardo Eural	F	N/A	Enc. Rec. Hum	HMSLLM	Edgardo	829-778-1179
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				
		N/A				



*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.

Certificado de Aprobación

Otorgado a:

YAMILETTE NICOLE MENA MARTINEZ

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de:

**DIPLOMADO EN SUPERVISION Y
AUDITORIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD SFS**

Con una duración de 75 horas

Impartido en HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE
LOS MINA

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición
de Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santo Domingo Este República Dominicana

el día 11 del mes julio del año 2025

y registrado en el libro 30 folio 452 con el Número 12



Director Regional



Encargado Registro y
Estadísticas

Para validar, visite:
<https://www.infotep.gob.do>



Nombre de la Actividad:

MANEJO DE CONFLICTOS

Área Responsable: RRHH

Fecha: 06 de Junio 2025

 Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 9:00 a. m.

Lugar/Plataforma: Auditorio del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
NALLEY YACAREZ	F	223-0084037-2	Aux. RR-HH	H M I S L L	Nallely Y.	829-3-11-9872
Emmanuel Sandoval	M	402-244229-1	Psicólogo Clínico	H M I S L L	Emmanuel S.	829-808-9080
Francisco De la Rosa	F	223-0016466-6	Archivista	H M I S L L	Fco. De la Rosa	829-283-7022
JOSE LUCIA PEREZ VOLQUEZ	M	020-0009049-4	Abogado	H M I S L L	Jose Lucia P.	809-855-0584
Martina Contreras	F	110-0004020-1	Secretaria	H M I S L L	Martina C.	819-354-7913
Deyanira Luna R.	F	001-0488683-3	Enc. Depto. Legal	H M I S L L	Deyanira L.	829-794-4660
Patricia Rosario Pizarro	F	001-1631200-0	Analista Legal	H M I S L L	Patricia R.	809-850-9524
Sandra A de la C. Bello	F	005-0018553-3	Entrenadora	H M I S L L	Sandra A.	809-771-1841
Que Patricia Matos	F	000-0012563-4	Psicóloga	H M I S L L	Que Patricia M.	809-808-7326
Anaaki Benlome	F	001-1541802-2	Secretaria RR.HH	H M I S L L	Anaaki B.	829-970-7030
Disciplina F. Santos	F	073-0016475-8	Secretaria Quid.	H M I S L L	Disciplina F.	829-610-0572
Yessenia Pardo Díaz	F	223-0068395-9	Facturación	H M I S L L	Yessenia P.	829-705-1006
Jauxy Santos	F	223-0140254-5	Facturación	H M I S L L	Jauxy S.	829-856-4976
Keyni Calderon	M	402-3312113-2	Aux. facturación	H M I S L L	Keyni C.	829-630-2167
Fátima Apareda Lugo	F	001-1580103-7	Aux. RR-HH	H M I S L L	Fátima A.	829-877-0615
Musa Luis M. Ortiz	F	024-0020154	Aux. facturación	H M I S L L	Musa L.	829-751-4411

*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.

1 | Página



Código de la Acción de Capacitación: 20251603349

Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO DE CONFLICTO

Institución / Empresa: HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA

Facilitador(a): LUCIA RODRIGUEZ CUEVAS DE RODRIGUEZ

Fecha de Inicio: 06/06/2025

Fecha de Término: 06/06/2025

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	00115801037	FATIMA YOKASTA ACEVEDO LUGO	X			X	Fatima A.					X	
2	00115418022	ARACELIS ELIZABETH BENCOSME DE LA CRUZ	X			X	A. Bencosme					X	
3	40233121132	KEVIN ANDRES CALDERON TAVAREZ		X	X		Kevin C.					X	
4	11000040201	MARTINA CONTRERA ENCARNACION	X			X	Martina C.					X	
5	00500185533	SANTA AFRA DE LA CRUZ BELLO	X			X	Santa A.					X	
6	22300164666	FRANCISCA DE LA ROSA DE LOS SANTOS	X			X	Francisca R.					X	
7	02400201154	LUISA LUIS MARTE	X			X	Luisa M.					X	
8	00104886833	DEYANIRA LUNA RIVERA	X			X	Deyanira L.					X	
9	02000125654	ANA PATRICIA MATOS CUEVAS	X		X		Ana Patricia					X	
10	22300683954	YESSSENIA PAULA DIAZ	X			X	Yessenia					X	
11	02000090494	JOSE LUCIA PEREZ VOLQUEZ		X		X	Jose Lucia					X	
12	00116312000	PATRICIA ROSARIO DIAZ	X			X	Patricia R.					X	
13	40224427191	EMMANUEL SANTANA SEGURA		X	X		Emmanuel S.					X	
14	22301402545	LAURY CAROLINA SANTOS AVILA	X			X	Laury C.					X	
15	07300164758	DIOCELINA FELICIA SANTOS DE LOS SANTOS	X			X	Diozelina S.					X	
16	22300193665	YUMILKA INDIRA TAVAREZ REYES	X			X	Yumilka R.					X	
17	22300574369	MARIOLIZA UBALDO SENA	X			X	Marioliza U.					X	
Total			14	3	3	14						Total	14

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

N/C = No califica

Certificado: Físico ☐

Web ☒

Contraparte 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 cotejo 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.