

Ejecucion Plan de Capacitacion 2025

2.1.1.2.01



Verificar Búsqueda

Elaborado por: Recursos Humanos
Departamento de Recursos Humanos, Hospital Dr. Vinicio

	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 Dr. Vinicio Calventi Fecha: 30/6/2025

Responsable: Bibiana Bueno Delgado Correo Electrónico: rrhcalventi@hotmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Atencion al Ciudadano y Calidad en el Servicio	Abril	Logrado	
2				
3				
4				
5				
6				

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
1
Programas Logrados
1
% de avance
100

Linda Bibiana Bueno D.

Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello



Código de la Acción de Capacitación: 20250705670

Nombre de la Acción de Capacitación: ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO

Institución / Empresa: HOSPITAL DR VINICIO CALVENTI

Facilitador(a): OSVALDO FIGUEROA ARAUJO

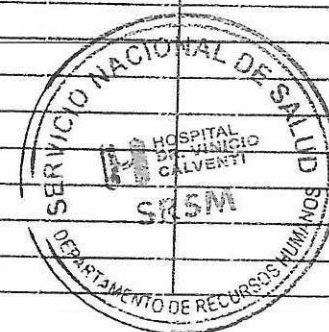
Fecha de Inicio: 15/04/2025

Fecha de Término: 15/04/2025

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MII/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	09300367191	NANCY ABREU	X			X							
2	00201397965	JINERSI MARLE VNE ARIAS DOMINGUEZ	X			X							
3	22400360974	YOMAIRA CRISTINA BARE DIAZ	X		X								
4	22900041769	ROSMERY COLIADO RAMOS	X			X							
5	00113466739	IVELISSE DANIS ENCARNACION	X			X							
6	40223287286	LEYDI DIANA ENCARNACION	X		X								
7	00116032582	ANA CECILIA ESPINOSA ZAPATA	X			X							
8	22900167291	YENIFER CAROLINA FRIAS	X			X							
9	00117470104	ANA ROSA GARCIA JIMENEZ	X			X							
10	40222509752	INGRI CASANDRA GONZALEZ MEDINA	X			X							
11	40221545557	NAZAIRE JEAN-BAPTISTE	X			X							
12	22300914599	YANIRIS MATOS PEREZ	X		X								
13	00113681555	PERSIDA OGANDO DE OLEO	X			X							
14	00103098711	REMEDIOS ALTAGRACIA PACHANG	X			X							
15	06800054438	CARMEN LUISA PAREDES	X			X							
16	00113585099	ELIZABETH PAULINO PAULINO	X			X							
17	40227113277	ANGELICA MARIA QUIROZ VELEZ	X			X							
18	00115065245	JEIMI RAMIREZ MONTERO	X			X							
19	40221471520	NATALIA ROSARIO PERDOMO	X			X							
20	00113061284	SORAYA CAROLINA SIMONO JACOBO	X			X							
21	00110406022	AGUSTINA SOPIANO FRIAS	X			X							
22	00107809667	ELBA ROSANNA MERCEDES TORIEJO DIAZ	X			X							
23	22400393553	BELKYS VALENZUELA VASILIO	X		X								
24	09300144411	ISABEL VARGAS CASTRO	X			X							
25	09700199632	WANDY VILORIO GUZMAN		X		X							
Total			24	1	4	21							
											Total		



Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MII = 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 Desto.

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.





RT-02-PT-ONA-040:2025
Edición 9

Imprimir

DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:
Metropolitana

Nombre de la Empresa o Institución:
HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI

Nombre de la Capacitación:
ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO

Objetivo de la Capacitación:
Al finalizar la acción formativa los y las participantes estarán en capacidad de desarrollar un más efectivo servicio al usuario con enfoque en la satisfacción de los mismos para un mejor resultado institucional y personal

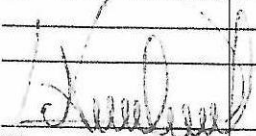
Población Enfocada:
OP/ MM/G

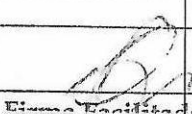
Contenido de la Capacitación:
Definición de conceptos
Tiene el usuario siempre la razón ?
Calidad en el servicio
Qué servicios ofrecemos y como podemos mejorarlo
Características y beneficios de un buen servicio al usuario
Evaluación y cierre

Carga Horaria: 8 horas

Perfil del Facilitador:
Profesional del area con experiencia laboral y docente

Recursos Didácticos y Logísticos:
Proyector o pantalla, audio, rotafolio, hojas o libretas y lapiz para participantes,

 15/4/25
Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha





RT-02-PT-ONA-040:2025
Edición 9

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Dirección Regional: Se escribe el nombre de la Dirección Regional que presta el servicio.

Nombre de la Empresa: Se escribe el nombre de la empresa o institución.

Nombre de la Capacitación: Se escribe el nombre de la acción de capacitación.

Objetivo de la Capacitación: Se escribe el objetivo que se persigue lograr con la acción de capacitación.

Población Enfocada: Se describe a quién(es) va dirigida la acción de capacitación.

Contenido de la Capacitación: Se escriben los temas y subtemas que componen los módulos de la acción de capacitación.

Carga Horaria: Se escribe la cantidad de horas que dura la acción de capacitación.

Perfil del Facilitador: Se describen los requisitos de formación y/o experiencia laboral y experiencia docente, entre otras cualidades que se determine con la contraparte.

Recursos Didácticos y Logísticos: Se describen los recursos que se requieran para la realización de la acción de capacitación.

Firma de la Contraparte de la Empresa y Fecha: La Contraparte de la institución escribe firma y fecha para validar el diseño.

Firma del Facilitador y Fecha: El facilitador escribe firma y fecha luego de verificar el diseño de la acción de capacitación.

Firma del Asesor y Fecha: El asesor escribe firma y fecha luego de revisar el diseño de la acción de capacitación.





Re: INFORME TRIMESTRAL DE CAPACITACION HOSPITAL CALVENTI

Desde Inmaculada Valerio <dravaleriog@hotmail.com>

Fecha Mar 25/03/2025 13:27

Para Recursos Humanos Hospital Dr. Vinicio Calventi <rrhhcalventi@hotmail.com>

Recibido, gracias.

Obtener [Outlook para Android](#)

From: Recursos Humanos Hospital Dr. Vinicio Calventi <rrhhcalventi@hotmail.com>

Sent: Monday, March 24, 2025 3:02:38 PM

To: Yoescal Cuevas <yocuevas@sns.gob.do>; Sismap Salud <sismapsalud@inap.gob.do>

Cc: dravaleriog@hotmail.com <dravaleriog@hotmail.com>; jatnna.baez@srsmetropolitano.gob.do <jatnna.baez@srsmetropolitano.gob.do>

Subject: RV: INFORME TRIMESTRAL DE CAPACITACION HOSPITAL CALVENTI

De: Recursos Humanos Hospital Dr. Vinicio Calventi

Enviado: lunes, 24 de marzo de 2025 13:00

Para: jatnna.baez@srsmetropolitano.gob.do <jatnna.baez@srsmetropolitano.gob.do>

Asunto: INFORME TRIMESTRAL DE CAPACITACION HOSPITAL CALVENTI

Luego de un cordial y afectuoso saludo, la presente es para informarle los avances de nuestro informe trimestral de capacitación 2025.

