

 	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 Regional Jose Maria Cabral y Baez **Fecha:** 1/4/2026

Responsable: Division de Recursos Humanos **Correo Electrónico:** rchavez@hospitalcabralybaez.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Empoderamiento y Liderazgo	Enero	Logrado	
2	Humanización de los Servicios de Salud	Febrero	Logrado	
3	Etiqueta y Cortesía en los Servicios de Salud	Marzo	Logrado	
4	Técnica de Apertura Cameral	Abril		
5	Prevención de Accidentes	Abril		
6	Resolución Constructiva de Conflictos	Mayo		
7	Convivencia Laboral	Junio		
8	Calidad de Servicio al Usuario	Julio		
9	Inducción a la Administración Publica	Agosto		
10	Bioseguridad	Septiembre		
11	Supervisión de Enfermería	Octubre		
12	Ortografía y Redacción	Noviembre		
13	Emergencias y Desastres	Diciembre		

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
13

Programas Logrados
3

% de avance
23



Licda. Isabel A. Díaz García

Firma y Sello



PLAN DE CAPACITACIÓN 2026

Institución : Hospital José María Cabral y Baez

Ministerio al que pertenece: Otros

Provincia: Santiago

Sector: Sector que Pertenece

Nomenclatura: INAP-FAC-001

Tipo: Formulario

Versión: 5

Vigencia: 7/7/2023

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APOTE UNITARIO	APORTE TOTAL
1	Curso	EMERGENCIAS Y DESASTRES	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	PROPORCIONA LOS CONOCIMIENTOS Y LAS HABILIDADES NECESARIOS PARA RESPONDER EFICAZMENTE EN SITUACIONES DE CRISIS, COMO INCENDIOS, TERREMOTOS O DERRAMES DE SUSTANCIAS PELIGROSAS.	25	Cuarto trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	2,500
2	Curso	SUPERVISION DE ENFERMERIA	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	EL OBJETIVO DE ESTA CAPACITACION ES IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DEL EQUIPO Y DESARROLLAR INICIATIVAS PARA AMPLIAR SUS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS, ORIENTAR Y ASESORAR AL PERSONAL A SU CARGO, COMO TAMBIEN SUPERVISAR LA CORRECTA APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SEGURA, EFICIENTE Y DE ALTA CALIDAD.	35	Cuarto trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	3,500
3	Curso	ORTOGRAFIA Y REDACCION	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	EL OBJETIVO DE ESTA CAPACITACION ES QUE LOS COLABORADORES/AS PUEDAN PRODUCIR DOCUMENTOS CLAROS, COHERENTES Y PRECISOS, EVITANDO ERRORES ORTOGRÁFICOS, GRAMATICALES Y DE PUNTUACIÓN, LOGRAR QUE LAS COMUNICACIONES ESCRITAS UTILICEN UN ESTILO INSTITUCIONAL CONSISTENTE, QUE SEA COMPENSIBLE Y ADECUADO PARA LOS DIFERENTES PÚBLICOS Y GESTIONES.	25	Cuarto trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	2,500
4	Curso	BIOSEGURIDAD	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	EL OBJETIVO DE ESTA CAPACITACION ES PROTEGER LA SALUD DE LOS COLABORADORES/AS, CONCIENCIARLOS SOBRE RIESGOS BIOLÓGICOS Y	25	Tercer trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	2,500

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APORTE UNITARIO	APORTE TOTAL
					CAPACITARLOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS Y PROTOCOLOS DE SEGURIDAD					
5	Curso	Inducción a la Administración Pública	Virtual	I: 5 , II: 5 , III: 5 , IV: 5 , V: 5	Descripción : A través del curso Inducción a la Administración Pública, es necesario dar a conocer el funcionamiento general del Estado dominicano a los servidores públicos, de forma tal, que cuenten con el conocimiento de los procesos y procedimientos generales de las Objetivo General : Al finalizar esta acción formativa, el/la participante estará en la capacidad de identificar los propósitos del Estado, su función administrativa y de gestión, así como, la forma de organización del sector público y sus leyes transversales que le regulan Competencias : Conciencia Social, Pasión por el Servicio al Ciudadano, Innovación	25	Tercer trimestre	INAP		0
6	Curso	CALIDAD DE SERVICIO AL USUARIO	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	EL OBJETIVO DE ESTA CAPACITACION ES PROMOVER UNA CULTURA DE EMPATIA, COMUNICACION EFECTIVA Y EXCELENCIA EN EL TRATO. CON EL FIN DE MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FOMENTAL LA SASTIFACCION Y CONSOLIDAR LA IMAGEN DE CALIDAD Y PROFESIONALISMO.	35	Tercer trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	3,500
7	Curso	CONVIVENCIA LABORAL	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	EL OBJETIVO DE ESTA CAPACITACION ES PROMOVER EN TODO EL PERSONAL HABILIDADES Y ACTITUDES QUE FORTALEZCAN LA CONVIVENCIA LABORAL, LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EL TRABAJO COLABORATIVO.	35	Segundo trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	3,500
8	Curso	RESOLUCION CONSTRUTIVA DE CONFLICTOS	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	FORTALECER LAS HERRAMIENTAS PRÁCTICAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN ASERTIVA Y LA MEDIACIÓN, FAVORECIENDO ASÍ UN ENTORNO MÁS SEGURO Y CONFIABLE.	18	Segundo trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	1,800
9	Curso	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	Presencial	I: 10 , II: 5 , III: 5 , IV: 5 , V: 5	DESARROLLAR HÁBITOS SEGUROS DE TRABAJO Y FOMENTAR LA CULTURA DE LA PREVENCIÓN PROMOVRIENDO UN ENTORNO MÁS SEGURO PARA TODOS.	30	Segundo trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	3,000

Nº	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APORTE UNITARIO	APORTE TOTAL
10	Curso	TECNICA DE APERTURA CAMERAL	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	EL OBJETIVO PRINCIPAL ES FORTALECER SUS CONOCIMIENTOS TEORICOS Y HABILIDADES PRACTICAS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE MANERA SEGURA, PRECISA Y ESTANDARIZADA, CONTRIBUYENDO ASI A LA MEJORA DE LA CALIDAD ESISTENCIA, LA PRESERVACION DE ESTRUCTURAS DENTARIAS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	30	Segundo trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	3,000
11	Curso	HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	EL OBJETIVO DE ESTA CAPACITACION ES MEJORAR EL SERVICIO, Y BRINDAR MEJOR CALIDAD AL USUARIO, BRINDANDOLE UN SERVICIO MAS HUMANIZADO Y DE MUCHA CALIDAD.	30	Primer trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	3,000
12	Curso	EMPODERAMIENTO Y LIDERAZGO	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	FORTALECER SU CAPACIDAD DE DIRECCIÓN Y FOMENTAR UN CLIMA LABORAL POSITIVO QUE IMPULSE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	20	Primer trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)	100	2,000
13	Curso	ETIQUETA Y CORTESIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	Presencial	I: 10, II: 5 , III: 5 , IV: 5 , V: 5	EL OBJETIVO DE ESTA CAPACITACION ES FORTALECER LA ATENCION AL USUARIO, FOMENTAR LA EMPATIA Y PROYECTAR UNA IMAGEN INSTITUCIONAL MAS PROFESIONAL Y CONFIABLE.	20	Primer trimestre	OTRO INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICO PROFESIONAL (INFOTEP)		0

APORTE INAP: 0

Rosy Chávez
Elaborado por

Revisado por responsable de Recursos Humanos

Aprobado por Maxima Autoridad Ejecutiva



Fecha: miércoles, 18 de marzo de 2026

Institución: Hospital Regional Dr Jose Maria Cabral y Baez

Trimestre correspondiente: Enero-Febrero-Marzo

Capacitación Programada	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
Empoderamiento y liderazgo	Todas las áreas	Fortalecer su capacidad de dirección y fomentar un clima laboral positivo que impulse el cumplimiento de los objetivos institucionales.	Ejecutada	22	4	26	RD\$100.00	RD\$2,600.00
Humanización de los servicios	Todas las áreas	El objetivo de esta capacitación es mejorar el servicio, y brindar mejor calidad al usuario, brindándole un servicio mas humanizado y de mucha calidad.	Ejecutada	20	2	22	RD\$100.00	RD\$2,200.00
Etiqueta y cortesía en los servicios de salud	Todas las áreas	El objetivo de esta capacitación es mejorar el servicio, y brindar mejor calidad al usuario, brindándole un servicio mas humanizado y de mucha calidad.	Ejecutada	21	0	21	RD\$100.00	RD\$2,100.00
							TOTAL	RD\$6,900.00



Licda. Isabel Antonia Díaz Garcías
 Encda. Division De Recursos Humanos

[Handwritten signature]



Nombre de la Actividad: HRJMCB2.1.1.01 Capacitacion Empoderamiento y Liderazgo

Área Responsable: Division De Recursos Humanos

Fecha: 28/1/2026

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒
Hora: 02:00Pm a 04:00Pm

Lugar/Plataforma: Salon De Telemedicina Auditorio Don Leocadio Peña "Hospital Cabral y Baez"

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
* Mirtha mds Geymin	F	031-0043566-2	sec.	Hostes #15	Mirtha m. Geymin	
* Mariely Alt Taveraza	F	402-3329307-1			Mariely TG	Mariely.taveraza45@gmail.com
* Dayhana Paulino C.	F	017-000782-0	Odontóloga	HRJMCB-000	Dr. Dayhana	dayhanapaulino1@yahoo.com
* Nayeli Moya Dixon	F	402-1149795-9			Nayeli Moya	nayelidixon01@gmail.com
* Richard Guillen	M	031-0142971-4	Enc.	Gestión de la calidad	Richard Guillen	richardguillen@hotmail.com
* Vianela de Lourdes Cabrera	F	031-04276336	sec. Esp.	Reumatología	V. Cabrera	vianela312@gmail.com
* Mariely Reyes	F	031-05616852	sec. ESP.	Geriatría	Mariely Reyes	
* Laritza Ramos	F	402-1834639-9	Aux. contab.	Contabilidad	Laritza Ramos	809-250-1167
* Mario Luz Hernández	F	402-1129160-0	Aux. Contabilidad	Contabilidad	Mario Luz HA	849-276-3969
* Edilicia Rodríguez	F	402-271102-4	Aux. Farmacia	Farmacia central	Edilicia R	829-928-9258
* Anabelle Marte Martínez	F	402-2022286-8	Calidad	Calidad de los servicios	Anabelle Marte	829-304-9783
* Blasimir Subero Jimeno	F	402-248668-8	Enc.	Bioseguridad	Blasimir Jimeno	879-750-4160
* Fresnel Cordero	F	402-250250-5	Res. Esp.	emergencias	Fresnel C	829-966-2778
* Ramon de Jesus	M	402-245584-9	Res. Esp.	B. Emergencia	Ramon de Jesus	829-683-9937
* Mariely Cordero	F	049-0081394-1	Residente	Residente emergencia	Mariely C	829-363-8398
* Nelida Contreras	F	031-0301915-8	Odontóloga	Odontología	Nelida C	nelidacontreras@gmail.com

***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.



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



[Handwritten signature]



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2025

Edición 9

Código de la Acción de Capacitación: 20261000455

Nombre de la Acción de Capacitación: Empoderamiento y Liderazgo

Institución/ Empresa: Servicio Nacional de Salud

Facilitador(a): Olga Leticia García

Fecha de inicio: 31/1/26

Fecha de término: 31/1/26

Horario: 8-5 PM

Total Horas Programadas: 8 A pagar 8

PARTICIPANTES			SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firmas asistencias de los participantes					C	N/C
1	40211291600	Maria L. Hernandez	x		x		[Signature]					x	
2	03105015758	Ruth Liriano	x			x	[Signature]					x	
3	40270222968	Anabelle Merite	x			x	[Signature]						x
4	03104748284	Ruth E. Orozco	x		x		[Signature]					x	
5	40218346399	Laritzza Ramos	x		x		[Signature]					x	
6	03105616852	Marleny Reyes	x		x		[Signature]					x	
7	40227111024	Edilicia Rodriguez	x		x		[Signature]					x	
8	03400178459	Carmen C. Rodriguez	x		x		[Signature]					x	
9	05601434334	Rosa Rosario B.	x		x		[Signature]					x	
10	40222846488	Gladiñil Silverio	x			x	[Signature]					x	
11	40233293071	Mariely Tavelaz G.	x		x		[Signature]						x
12	12200037526	Francisca Vasquez	x		x		[Signature]					x	
13	03103750141	Ylvanilla Ynna P.	x		x		[Signature]					x	
14	03101480089	Nagali Betances	x			x	[Signature]					x	
15	40222532505	Fresibel Cabrera	x		x		[Signature]						x
16	03104276336	Vienela Cabrera	x		x		[Signature]					x	
17	03103019158	Nelsira Contreras	x		x		[Signature]					x	
18	04400813991	Mardileni Cuello	x			x	[Signature]						x
19	40221455898	Ramon De Jesus R.		x	x		[Signature]						x
20	03100339898	Miguel Estevez		x	x		[Signature]					x	
21	03101429714	Richard Guillen L.		x	x		[Signature]					x	
22	03100435662	Mirtha Marcos G.	x		x		[Signature]						x
23													
24													
25													
Totales:			13	17	5							16	6

Leyendas:

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

Certificado Físico ☐ Ver ☐

OBSERVACIONES:

Rosa Chana

Contraparte 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 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 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 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 total de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

Empresa: 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 division 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.

DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS	
10/02/26	FECHA DE ENTRADA
10/02/26	FECHA DE CIERRE
449	FOLIO
	FOLIO

**ANEXOS CAPACITACION EMPODERAMIENTO Y LIDERAZGO
(28/01/2026)**



Nombre de la Actividad:

HRJMCB2.1.1.01 Capacitacion Humanizacion de los Servicios de Salud

Área Responsable: División De Recursos Humanos

Fecha: 19/2/2026

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒
Hora: 02:00Pm a 04:00Pm

Lugar/Plataforma: Salon De Telemedicina Auditorio Don Leocadio Peña "Hospital Cabral y Baez"

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Maria Luz Hernández Acosta	F	402-1129160-0	auxiliar	Compras	Maria Luz HA	Maria Luz Hernández Acosta
Vanessa Santos	F	001-1685735-1	Enferm-Enferm	Emergencia	Vanessa	Vanessa Santos
Carmen Rita Garcia	F	031-0413518-6	Secretaria	Especialista	Carmen Rita Garcia	Carmen Rita Garcia
Ygnacia M. Polanco	F	031-0379765-5	AUX-	Laboratorio F	Ygnacia M. Polanco	Ygnacia M. Polanco
Inocencia Edith	F	031-0364946-7	AUXORD	Facturación	Inocencia Edith	Inocencia Edith
Yobilee Trinidad	F	402-0935827	Secretaria	FACTURACION	Yobilee Trinidad	Yobilee Trinidad
Yanilex Lopez	F	402-1938500-8	AUX. Farm	Facturación	Yanilex Lopez	Yanilex Lopez
Marlene Reyes	F	031-0561685-2	Secretaria	Geriatría	Marlene Reyes	Marlene Reyes
Katty Sosa	F	402-2246878-3	Secretaria	Consulta	Katty Sosa	Katty Sosa
Angel El Salado Hernández	F	031-0546585-4	Aux. Farm	Facturación	Angel El Salado	Angel El Salado
Edilene R. Rodríguez	F	402-2711102-4	Aux. Farm	Farmacia central	Edilene R	Edilene R
Araceli Rodríguez	F	031-0046834	Secretaria	Surfista	Araceli	Araceli
Basanna Altamira	F	031-0409192-5	Secretaria	Archivero	Basanna	Basanna
Ruth Ethel Lirio Martínez	F	031-0501575-8	Enferm-Enferm	Hemodiálisis	Ruth Lirio	Ruth Lirio
Rebeca A. Rodríguez	F	031-0100932-6	Secretaria	Consulta	Rebeca A. Rodríguez	Rebeca A. Rodríguez
Raquel Rodríguez	F	031-0203097-4	Secretaria	Consulta	Raquel Rodríguez	Raquel Rodríguez

***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

[illegible]

***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.



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2025
Edición 9

Código de la Acción de Capacitación: 20261000988 ✓
Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONAL DE SALUD
Facilitador(a): DORILA ALTAGRACIA RODRIGUEZ GUZMAN

Fecha de Inicio: 02/03/2026 ✓
Fecha de Término: 02/03/2026 ✓
Total Horas Programadas: 8 ✓

A Pagar: 8 ✓

No.	Participantes		Sexo		Nivel		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	03104091925	ROSANNA ALTAGRACIA ARIAS GRULLON ✓	X		X		Rosanna					X	
2	03100995954	MARIA RAMONA CAMARENA MORA ✓	X		X		Maria Ramona					X	
3	03104125186	CARMEN RITA DE LOS MILAGROS GARCIA TREJO ✓	X		X		Carmen Rita					X	
4	03200208100	JUAN GONZALEZ ✓		X	X		Juan					X	
5	40211471236	ROUSE SMHALYN GUZMAN MUÑOZ ✓	X		X		Rouse Guzman					X	
6	40211291600	MARIA LUZ HERNANDEZ ACOSTA ✓	X		X		Maria Luz					X	
7	03105015758	RUTH ESTHER LIRIANO MARTINEZ ✓	X		X		Ruth E. Liriano					X	
8	40219385008	YANILEX YANSEL LOPEZ ✓	X		X		Yanilex					X	
9	03103649467	INOCENCIA CARIDAD OLIVO PEÑA ✓	X		X		Inocencia					X	
10	03102797655	YGNACIA MERCEDES POLANCO DIAZ ✓	X			X	Ygnacia					X	
11	03105616852	MARLENY REYES ✓	X		X		Marleny					X	
12	40227111024	EDILICIA MARIA RODRIGUEZ ACOSTA ✓	X		X		Edilicia					X	
13	03100468341	ANDREA RODRIGUEZ MATOS ✓	X		X		Andrea					X	
14	03102030974	RAQUEL RODRIGUEZ TORIBIO ✓	X		X		Raquel					X	
15	03101009326	REBECA ABIGAIL RODRIGUEZ TORIBIO ✓	X		X		Rebeca					X	
16	03100718133	JULIO GENARO RODRIGUEZ ✓		X	X		Julio					X	
17	03105465854	ANGELA EMPERATRIZ SALADO HERNANDEZ ✓	X		X		Angela					X	
18	00116857251	VENECIA MERILOY SANTOS GARCIA ✓	X		X		Venecia					X	
19	40222468783	KATTY MARIA SOSA MARTINEZ ✓	X		X		Katty					X	
20	07400041856	CINTHIA CAROLINA TRINIDAD GUZMAN ✓	X			X	Cynthia					X	
21	40209388277	YOBILEE TRINIDAD HERNANDEZ ✓	X		X		Yobilee					X	
22	40211503194	JOSE ISRAEL UREÑA ✓		X	X		Jose Israel					X	
Total			19	3	20	2					Total	22	

Observaciones:

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

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Rosy C. C. Contraparte de la Empresa

Dorila Rodríguez Facilitador(a)

Marlyn Santana 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 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 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.

INFOTEP	
DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS	
18/03/26	FECHA DE ENTRADA
17/03/26	FECHA DE CIERRE
451	346
LIBRO	FOLIO

**ANEXOS CAPACITACION HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS
(19/02/2026)**



Nombre de la Actividad:

HRJMCB2.1.1.01 Capacitacion Etiqueta y Cortesia en los Servicios de Salud

 Área Responsable: Division De Recursos Humanos

 Fecha: 17/3/2026

 Modalidad de la Reunión: ☒ Virtual ☐ Presencial

 Hora: 02:00Pm a 04:00Pm

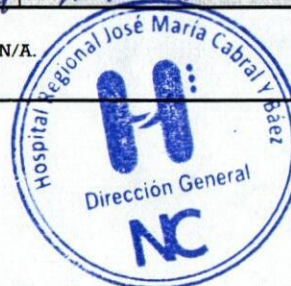
 Lugar/Plataforma: Salon De Telemedicina Auditorio Don Leocadio Peña "Hospital Cabral y Baez"

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Myriam C. Cruz	F	031-0385080	Secretaria	Oficina de Asesoría	Myriam C.	829-570-0822
Gubertina Ma. Almonte	F	031-04914571	Secretaria	Oncología Clínica	Gubertina	809-602-7465
Litany Fernández	F	402-090886-4	Secretaria	Hematología	Litany Fernández	829-938-1409
Amely del C. Diaz Tineo	F	402-4234512-5	Secretaria	Gineco-oncología	Amely Diaz	809-721-6390
Giselle Paulino	F	031-0407055-6	Secretaria	Cardiología	Giselle Paulino	829-616-8915
Nahia Jahia Torder	F	031-05713273	Secretaria	Oftalmología	Nahia Jahia	829-864-6744
Albania R. Martinez	F	031-0224358-2	Secretaria	Odontología	Albania R.	849-653-8050
Elsa M. Espinal	F	0460032516-3	Secretaria	Neurología	Elsa M.	809-964-0461
Vienela de Lourdes Cabrera V.	F	031-0427633-6	Secretaria	Reumatología	Vienela de	829-579-1006
Marlene Ruiz	F	0310561685-2	Secretaria	Neurología	Marlene Ruiz	829-775-03-17
Yanet Acosta	F	0310293170-0	Secretaria	Med. Interna	Yanet Acosta	809-953-0922
Luz M. Sauter	F	044-0016078-6	Secretaria	Urología	Luz M. Sauter	809-481-7212
Maria de los Angeles Rodriguez	F	031-0105386-2	Secretaria	Neurología	Maria Rodriguez	829-769-0601
Carmen Elena Rodriguez	F	031-0455305-6	Secretaria	Cardiología	Carmen Rodriguez	849-406-0064
Rosario Rodriguez	F	031-0100932-6	Secretaria	Neurología	Rosario Rodriguez	809-432783
Raquel Rodriguez	F	031-0203074	Secretaria	Neurología	Raquel Rodriguez	829-775-65

*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



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2025

Edición 9

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

20261003334
Etiquetas y Contorno en Suro de Salud
Hosp. Regional Mayor José M. Cabal
Virginia Velazquez

Fecha de inicio: 18-3-26
Fecha de término: 18-3-26
Horario: 8-4 pm
Total Horas Programadas: 8 A pagar 8

PARTICIPANTES		SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado		
No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)		F	M	OP	MM/G	Firmas asistencias de los participantes				C	N/C
1	031-0491457-1	Yuberis Almonte		✓				Yuberis				✓	
2	031-0385080-0	Miguelina Cruz		✓				Miguelina Cruz				✓	
3	402-0960886-4	Litsy Fernández		✓				Litsy F				✓	
4	402-4234542-5	Anyeli Díaz		✓				Anyeli Díaz				✓	
5	031-0407055-6	Giselle Paulino		✓				Giselle Paulino				✓	
6	031-0577327-3	Nalia Fondeur		✓				Nalia Fondeur				✓	
7	031-0274359-2	Albania Martínez		✓				Albania M.				✓	
8	046-0032516-3	Elsa Espinal		✓				Elsa M. Esp.				✓	
9	031-0427633-6	Vianela Cabrera		✓				Vianela C.				✓	
10	031-0561685-7	Marlene Razo		✓				Marlene Razo				✓	
11	031-0293170-0	Yanet Acosta		✓				Yanet Acosta				✓	
12	044-0016078-6	Luz Bautista		✓				Luz Bautista				✓	
13	031-0105386-0	Maria Rodriguez		✓				Maria Rodriguez				✓	
14	031-0455305-6	Carmen Rodriguez		✓				Carmen Rodriguez				✓	
15	031-0100932-6	Rebeca Rodriguez		✓				Rebeca Rodriguez				✓	
16	031-0203097-4	Raquel Rodriguez		✓				Raquel Rodriguez				✓	
17	031-0511360-3	Brenda Arta		✓				Brenda Arta				✓	
18	031-0043566-2	Mirtha Guzman		✓				Mirtha Guzman				✓	
19	402-2201414-0	Yolín Vargas		✓				Yolín Vargas				✓	
20	402-1309919-1	Lisbeth Fermin		✓				Lisbeth Fermin				✓	
21	402-1143129-7	Rosy Chang		✓				Rosy Chang				✓	
22													
23													
24													
25													
Totales													

Leyendas:

José María

Legendas:

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

Certificado Físico: ☐
OBSERVACIONES:



Contraparte 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 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 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 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 total de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

Empresa: 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 division 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.

Solicitud de acuses de recibidos capacitaciones 1er trimestre HRJMCB

2 mensajes

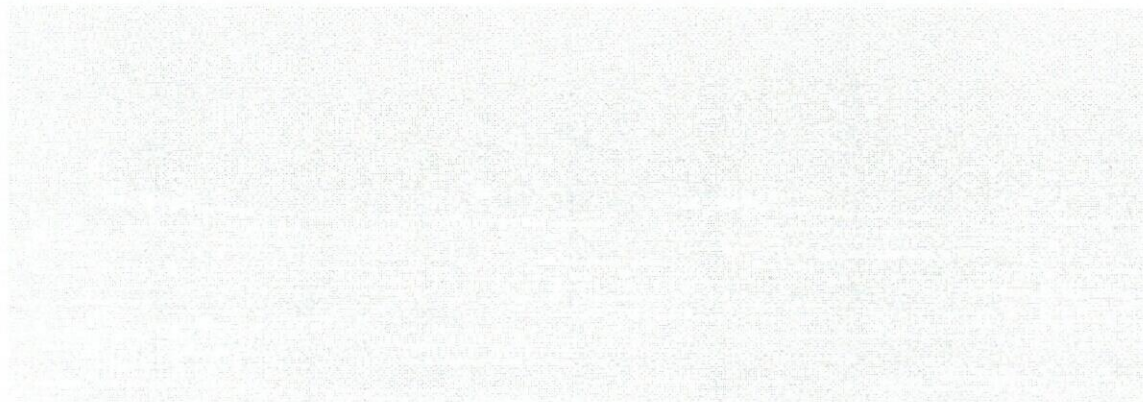
Rosy Chavez <rchavez@hospitalcabralybaez.com>
Para: mmsantana@infotep.gob.do

18 de marzo de 2026 a las 8:25

Buenas tardes, después de un cordial saludo le solicito los acuses de recibido de la capacitaciones Humanización de los servicios y Etiqueta y Cortesía en los Servicios de Salud que aun me faltan.

En espera de su pronta respuesta,

se despide.



Marlyn María Santana Pérez <mmsantana@infotep.gob.do>
Para: Rosy Chavez <rchavez@hospitalcabralybaez.com>

18 de marzo de 2026 a las 11:09

Buenos días, espero que se encuentre bien.

El curso **"Etiqueta y Cortesía en los Servicios de Salud"** aún no ha sido reportado por el Departamento de Registro.

Adjunto la asistencia del curso **"Humanización de los Servicios de Salud"** para su referencia.

Quedo atenta a cualquier actualización.

Saludos,

[El texto citado está oculto]

--

**Marlyn Santana**

Asesora de Cap. en Empresas | División de Capacitación
en Empresas | Departamento de Servicios Empresariales

Tel. 809-570-4125. Ext. 4418

**ANEXOS CAPACITACION ETIQUETA Y CORTESIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
(17/03/2026)**

