

PLAN DE CAPACITACIÓN 2026

Institución : Hospital Angel Ponce

Ministerio al que pertenece: ORGANISMO DEL ESTADO QUE PERTENECE

Provincia: San Pedro de Macoris

Sector: Sector que Pertenece

Nomenclatura: INAP-FAC-001

Tipo: Formulario

Versión: 5

Vigencia: 7/7/2023

2.1.1.01

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
1	Curso	EL MANEJO Y EL TRABAJO DE ACUERDO AL MANEJO LEGAL	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	fortalecer el conocimiento y la aplicación de las normas legales, reglamentos y políticas institucionales que regulan el ejercicio profesional en el ámbito de la salud. Busca promover la responsabilidad, la ética y el cumplimiento de las disposiciones legales que garantizan una práctica segura, transparente y de calidad.	30	Cuarto trimestre	OTRO INFOTEP	0	0
2	Curso	TECNICAS MEDICAS EN EMERGENCIAS	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Las competencias y tecnicas necesarias para responder eficazmente ante cualquier situacion de emergencias medicas, aplicando protocolos actualizados.	30	Tercer trimestre	OTRO INFOTEP	0	0
3	Curso	MANEJO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	En los colaboradores, las competencias comunicativas, emocionales y eticas necesarias para fortalecer las relaciones interpersonales en el ambito de salud.	30	Tercer trimestre	OTRO INFOTEP	0	0
4	Curso	DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Fortalecer la capacidad del colaborador para reconocer, respetar y promover los derechos y deberes de los usuarios.	30	Tercer trimestre	OTRO INFOTEP	0	0
5	Curso	MANEJO DE QUEJAS Y CONFLICTOS	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Atencion al cliente y resolucion de conflictos.	25	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP		0
6	Curso	URGENCIAS EN EL PRIMER NIVEL	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Reconocimiento clinico temprano de signos de alarmas en patologias prevalentes, explicacion de protocolos de atencion inicial.	30	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP		0
7	Curso	ETICA PROFESIONAL	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Aplicar principios como la equidad, justicia, confidencialidad y respeto en el trato con	25	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	0	0

					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					
9	Curso	AUDITORIA EN HISTORIA CLINICA	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Capacidad para revisar la historia clinica en terminos de complititud, claridad, cronologia y pertinencia de los riesgos.	20	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	0	0
10	Curso	HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	La empatia y la escucha activa. comunicacion comunicativa y efectiva.	25	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	0	0

APORTE INAP: 0

Lic. Michany M. Pantoja
Elaborado por

Lic. Michany M. Pantoja
Revisado por responsable de Recursos Humanos



Aprobado por Maxima Autoridad Ejecutiva

Institución: Hospital Municipal Dr. Angel Ponce

Fecha: 30/6/2026

Responsable: Micharey Victoria Montas

Correo Electrónico: recursoshumanosconsuejo@hotmail.com

2.1.1.01

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Etica Profesional	Febrero	Logrado	
2	Humanizacion De Los Servicios	Marzo	Logrado	
3	Auditoria En Historia Clínica		En Proceso	
4	Induccion A La Administracion Publica	Junio	Logrado	
5	Urgencias En El Primer Nivel		En Proceso	
6	Manejo De Quejas Y Conflictos	Mayo	Logrado	
7	Derechos Y Deberes De Los Usuarios		En Proceso	
8	Manejo De Las Relaciones Interpersonales	Mayo	Logrado	
9	Tecnicas Medicas En Enmergencias		En Proceso	
10	El Manejo Y El Trabajo De Acuerdo Al Manejo Legal		En Proceso	

Cantidad Eventos formativos contenidos en
10

Programas Logrados
5

%
50

Lic. Micharey Victoria Montas
 Responsable Recursos Humanos
 Firma y Sello


1- En la columna "Programa de Capacitación" después de seleccionar y copiar las acciones formativas pegarán, sólo los eventos formativos que estan contenidos en el Plan de Capacitación.

2- En la columna "Estatus" seleccionará la opción logrado si es el caso.

3- En la columna "observación" explicar la razón de la no ejecución de la acción.



Informe de Ejecución del Plan de Capacitación
DCH-FO-016 Versión. 01
Fecha de aprobación: 13.08.2019

DOH-FO-016 Versión. 01
Fecha de aprobación 13.08.2019

Institución:		2.1.1.01					Trimestre correspondiente:		Abril/Junio
							Fecha:		30/6/2028
Capacitación programada		Área requeriente	Conocimiento/competencia a desarrollar o fortalecer	Capacitaciones ejecutadas		Cantidad de participantes	Costo total estimado	Costo total	
Manejos de quejas y conflictos	Todas las áreas	Identificar causas del conflicto y buscar soluciones adecuadas.	Manejos de quejas y conflictos	Manejos de quejas y		DOP 0.00	0	DOP 0.00	
Manejo de Relaciones Interpersonales	Todas las áreas	Comunicación asertiva, empatía, Trabajo en equipo	Manejo de Relaciones Interpersonal	Manejo de Relacone:		DOP 0.00	0	DOP 0.00	
Inducción a la Administración Pública	Todas las áreas	Conocimiento de la Administración, Ética y Transparencia	Inducción a la Administración Públi	Inducción a la Admin		DOP 0.00	0	DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	
								DOP 0.00	

Lee Michener Wootas





Informe Trimestral de Ejecución del Plan de Capacitación

Nomenclatura: INAP-FAC-003
Tipo: Formulario
Versión: 2
Vigencia: 22/11/2019

Institución: Hospital Municipal Dr. Angel Ponce
Trimestre correspondiente: 2.1.1.01
Fecha: martes, 30 de junio de 2026
Abril/Junio

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
Manejo de quejas y conflictos	Todas las áreas	Identificar causas del conflicto y buscar soluciones adecuadas	Manejo de quejas y conflictos	17	1	18	RD\$0.00	RD\$0.00
Manejo de Relaciones Interpersonales	Todas las áreas	Comunicación asertiva, empatía, Trabajo en equipo	Manejo de Relaciones Interperso	14	4	18	RD\$0.00	RD\$0.00
Inducción a la Administración Pública	Todas las áreas	Conocimiento de la Administración, Ética y Transparencia	Inducción a la Administración Pu	16	4	20	RD\$0.00	RD\$0.00
TOTAL								RD\$0.00

Lic. Michany Montes





REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-QNA-040:2025
Edición 9

Código de la Acción de Capacitación: 20260303303

Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO DE QUEJAS Y CONFLICTOS

Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL CONSUELO

Facilitador(a): MIRIAM ALTAGRACIA RAMIREZ TAVAREZ

Fecha de Inicio: 15/05/2026

Fecha de Término: 15/05/2026

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

Participantes			Sexo		Nivel	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado		
No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes				C	NC
1	40241074521	EIRIN IDALGIS BASTARDO FAMILIA	X		X		Eirin Idalgis B.					
2	13800058029	MARLENI ELAINE BASTARDO MORALES	X		X		Marleni E.					
3	13800058365	SURADY BASTARDO MORALES	X		X		Surady					
4	40213517200	LISBE ALTAGRACIA CASTILLO	X		X		Lisbe					
5	13800028915	DALIA YISELA CHECO CORNELIO	X		X		Dalia					
6	40211577008	RUTH ESTHER DEL CARMEN LORA	X		X		Ruth					
7	13800043500	EVELYN ADALGISA FRANCISCO SANTANA	X		X		Evelyn					
8	13800039268	CESAR AUGUSTO GERMAN		X		X	Cesar A.G.					
9	40221641083	KATIUSCA GIL DE LA ROSA	X		X		Katusca					
10	40223533189	FIOL DALYSA GONZALEZ MERCEDES	X		X		Fiol D.S.G.					
11	40232865895	KATHERINE JULISSA GUMBS MADE	X		X		Katherine G.					
12	40237135633	ANA MARIA LINARES BELONI	X		X		Ana Linares					
13	13800006721	MICHAREY VICTORIA MONTAS RAMBALDE	X			X						
14	40237864141	RUQUILEIDY MUÑOZ FELIZ	X		X		Ruquileidy					
15	40211580234	ARIHANNA MICHEL NUÑEZ SEMBELIS	X		X		Arihanna M.					
16	13800078944	ISLANDA UFRACINA ORTIZ GARCIA	X		X		Islanda U.F.G.					
17	22400245985	JUANA ISABEL PARREÑO OZORIA	X		X		Juana P.					
18	14600008903	ANGEL RAFAEL PEREZ SOTO		X	X		Angel					
19	13800048095	DAHIANNA POLANCO CASTRO	X		X		Dahianna					
20	13800027172	ALEXANDRA ROSA FRANCO	X		X		Alexandra					
21	13800048616	YOKAIRA SANTANA NADE	X		X		Yokaira S.					
22	13800084298	OHALDA SANTANA REYES	X		X		Ohalda					
23	40200202279	DERMIA MILAGROS VELASQUEZ	X		X		Dermia M.V.					
Total			21	2	21	2	Total					

Observaciones:

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

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Asesor(a)

Encargado(a) de División Depto.



MANEJO DE QUEJAS Y CONFLICTOS Código- 2.1.1.01





Nombre de la Formación: Manejo de Quejas y Conflictos
Lugar: Hospital Municipal Dr. Angel Parra
Nombre Persona a Evaluar: Darwin Velazquez Velozquez
Nombre y Cargo Supervisor Inmediato: Michon V. Monto (Encargada RRHH)

CUESTIONARIO

FACTORES (Marque con una X la casilla que se corresponda con la ejecución del evaluado).

1. Ha mejorado el desempeño de sus funciones.
2. Aplica en su labor cotidiana los conocimientos adquiridos en la capacitación.
3. Ha desarrollado nuevos métodos o formas de realizar el trabajo.
4. Ha propuesto acciones concretas para mejorar los procesos en los que interviene.
5. Ha transferido a otros los conocimientos y destrezas adquiridos en la capacitación.

CALIFICACION									
DEFICIENTE						BUENO		EXCELENTE	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								/	
									/
									/
									/
									/

Indique puntualmente en cuáles aspectos el empleado ha sido impactado y cuales resultados se han alcanzado:

El manejo de conflicto y búsqueda de soluciones, con el fin de mejorar la situación presentada.

DEFINICIÓN DE ESCALA DE MEDICIÓN

*DEFICIENTE: Aplicación no adecuada.

*BUENO: Aplicación justo en la forma adecuada.

*EXCELENTE: Aplicación por encima de lo esperado.

*Marcar N/A en caso que uno de los puntos no apliquen.

Lic. Michon V. Monto
FIRMA SUPERVISOR

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Objetivo Alcanzado



Reforzar Capacitación:



Fecha: 15/5/26





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Versión: 01

Fecha de aprobación: 18/10/2018

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACION:

Manejo de quejas y Conflictos

FECHA:

15/5/24

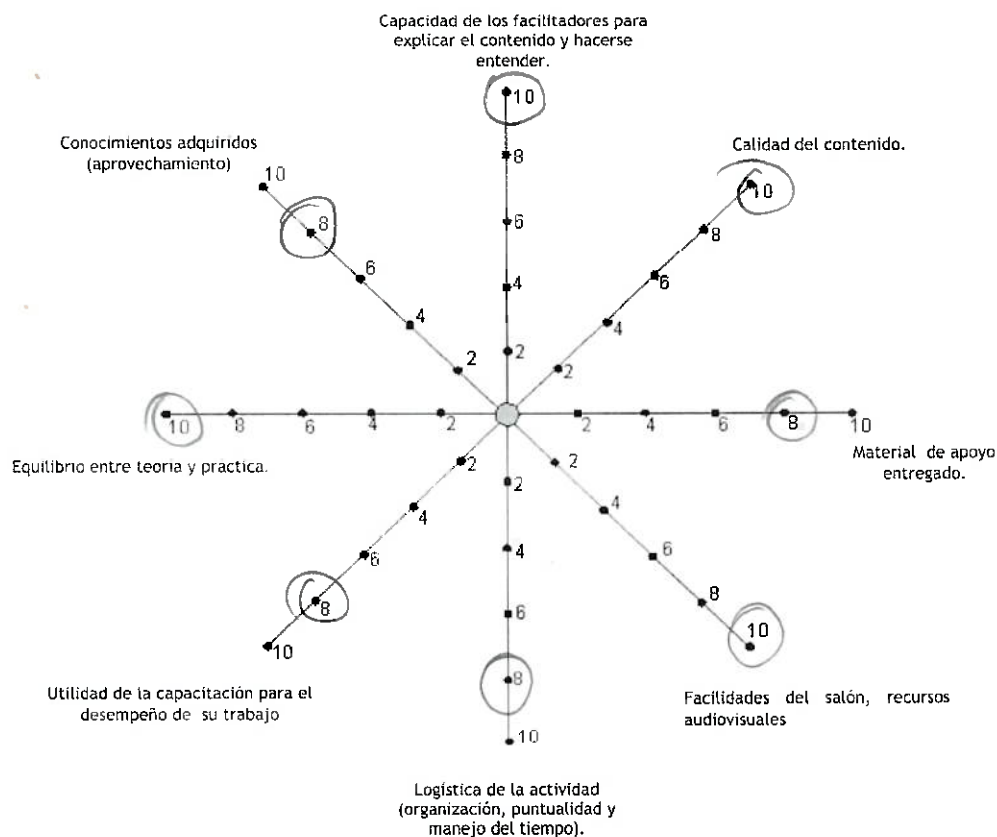
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Manejo del estrés.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

4-6 Deficiente

7-8 Buono

9-10 Excelente





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Version: 01

Fecha de aprobación: 18/10/2015

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACION:

Manejos de quejas y Conflictos

FECHA:

21/05/2020

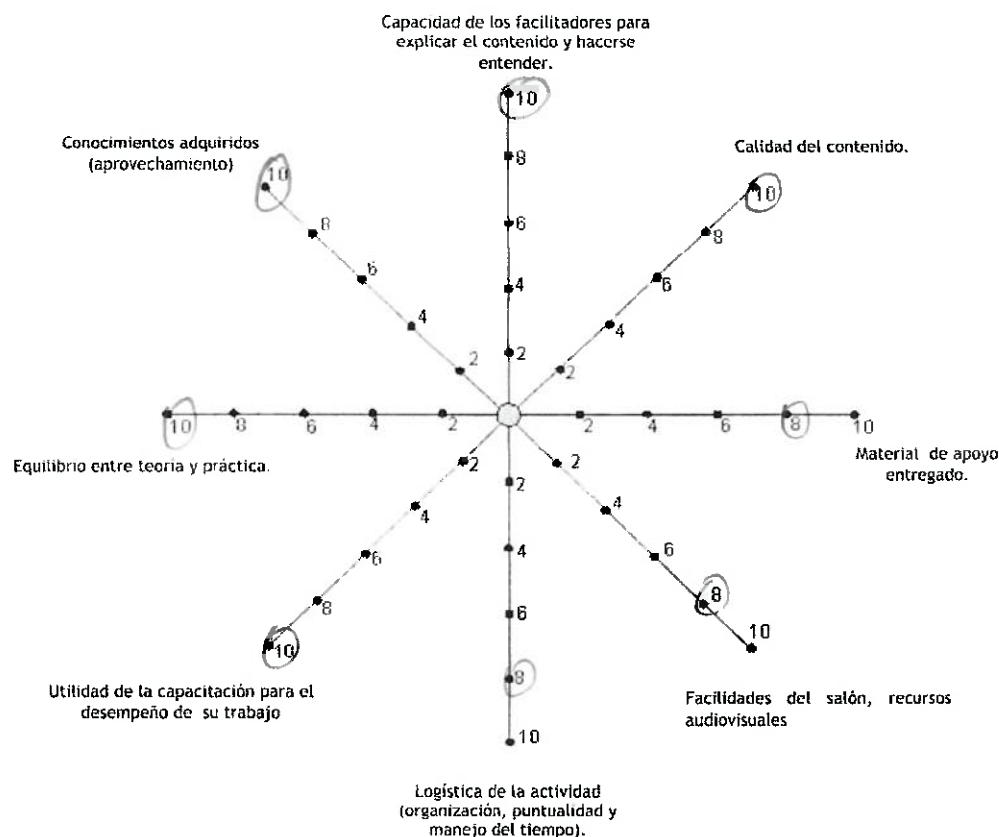
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Manejo del estrés

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

4-6 Deficiente

7-8 Bueno

9-10 Excelente





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Version: 01

Fecha de aprobación: 16/10/2016

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACIÓN:

manejo de conflicto.

FECHA:

15/5/26

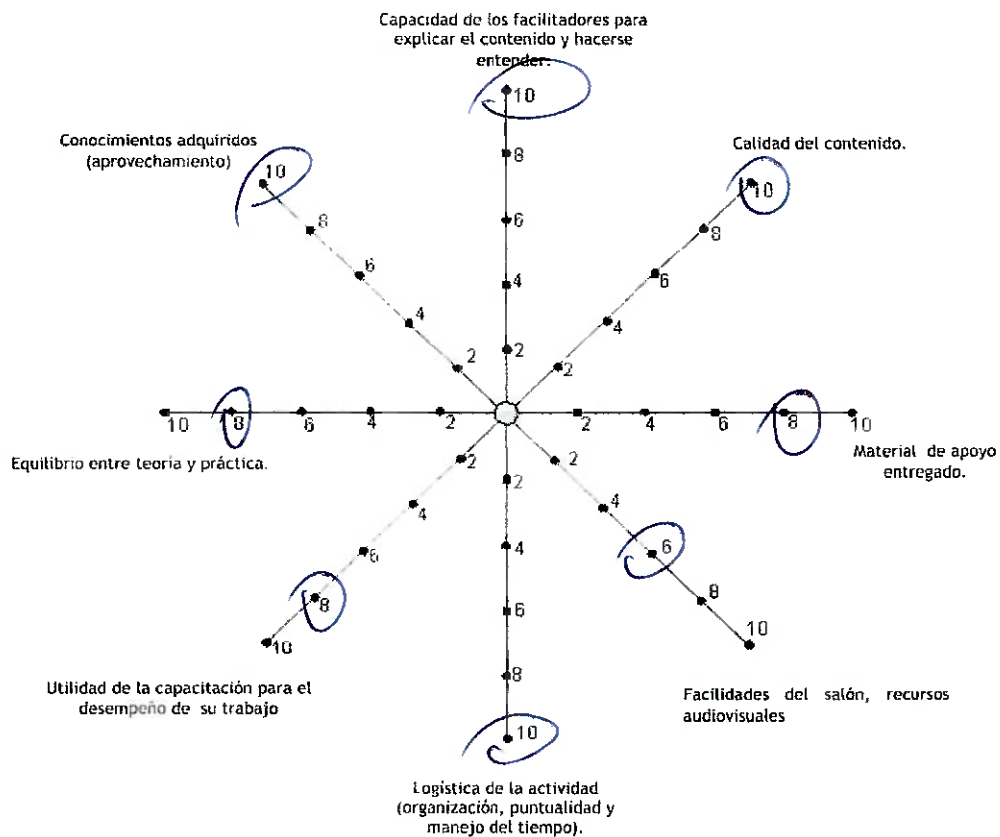
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

manejo de estrés

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

4-6 Deficiente

7-8 Bueno

9-10 Excelente





REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040-2025
Edición 9

Código de la Acción de Capacitación: 20280303305

Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO DE RELACIONES INTERPERSONALES

Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL CONSUELO

Facilitador(a): MIRIAM ALTAGRACIA RAMIREZ TAVAREZ

Fecha de Inicio: 21/05/2026

Fecha de Término: 21/05/2026

Total Horas Programadas: 8

A Pagar:

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						C	#C	
1	40241074521	EIRIN IDALGIS BASTARDO FAMILIA		X		X									
2	13800058029	MARLENI ELAINE BASTARDO MORALES		X		X									
3	13800059365	SURADY BASTARDO MORALES		X		X									
4	13800014428	FRANKLIN CARRASCO BASTARDO			X	X									
5	13800028915	DALIA YISELA CHECO CORNELIO		X		X									
6	13800039268	CESAR AUGUSTO GERMAN			X		X								
7	40223533189	FIOL DALYSA GONZALEZ MERCEDES		X		X									
8	13800050315	DAISY MAUREDY HERNANDEZ TEJADA		X		X									
9	40218452868	ASHLY JISMEIDY LEGUISAMO GUZMAN		X			X								
10	40237135633	ANA MARIA LINARES BELONI		X		X									
11	13800006721	MICHAEL VICTORIA MONTAS RAMBALDE		X			X								
12	02301489668	SERAPIO ANTONIO PEGUERO RAMBALDE			X	X									
13	02301202475	CARLOS MANUEL RAMOS SANTANA			X	X									
14	02300109226	ROSSY MARLENE DE JESUS RODRIGUEZ HERNANDEZ		X			X								
15	02300831977	DIGNA MARIA RODRIGUEZ JIMENEZ		X			X								
16	13800084298	OHALDA SANTANA REYES		X		X									
17	40238691410	YAQUELIN SPIAN TUSSEN		X			X								
18	13800028345	EUNICE ELIZABET TOMAS DANIEL		X		X									
19	40224523742	MARLIN ESTHER VASQUEZ DE LOS SANTOS		X			X								
20	40200202279	DERMIA MILAGROS VELASQUEZ		X		X									
Total				16	4	13	7							Total	

Observaciones:

Legenda: 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.

RELACIONES INTERPERSONALES Código- 2.1.1.01





Nombre de la Formación: Relaciones Interpersonales
Lugar: Hospital Municipal Dr. Angel Porce
Nombre Persona a Evaluar: Esther Esmita Louis Martinez
Nombre y Cargo Supervisor Inmediato: Ciria Yanet Devers (Encargada Archivo)

CUESTIONARIO

FACTORES (Marque con una X la casilla que se corresponda con la ejecución del evaluado).

1. Ha mejorado el desempeño de sus funciones.
2. Aplica en su labor cotidiana los conocimientos adquiridos en la capacitación.
3. Ha desarrollado nuevos métodos o formas de realizar el trabajo.
4. Ha propuesto acciones concretas para mejorar los procesos en los que interviene.
5. Ha transferido a otros los conocimientos y destrezas adquiridos en la capacitación.

CALIFICACION									
DEFICIENTE						BUENO		EXCELENTE	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						✓			
						✓			
						✓			
							✓		
							✓		

Indique puntualmente en cuáles aspectos el empleado ha sido impactado y cuales resultados se han alcanzado:

El colaborador (a) se ha impactado de forma positiva los conocimientos adquiridos para reforzar la relación laboral con sus compañeros y así crear como persona.

DEFINICIÓN DE ESCALA DE MEDICIÓN

*DEFICIENTE: Aplicación no adecuada.

*BUENO: Aplicación justo en la forma adecuada.

*EXCELENTE: Aplicación por encima de lo esperado.

*Marcar N/A en caso que uno de los puntos no apliquen.

Ciria Y. Devers
FIRMA SUPERVISOR

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Objetivo Alcanzado ☒

Reforzar Capacitación: ☐

Fecha: 8/6/2026

Lidia Refreay Montos
Director de Recursos Humanos
DPTO. RR-HH
E



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Versión: 01

Fecha de aprobación: 18/10/2016

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACIÓN:

Relación interpersonales

FECHA:

21/5/26

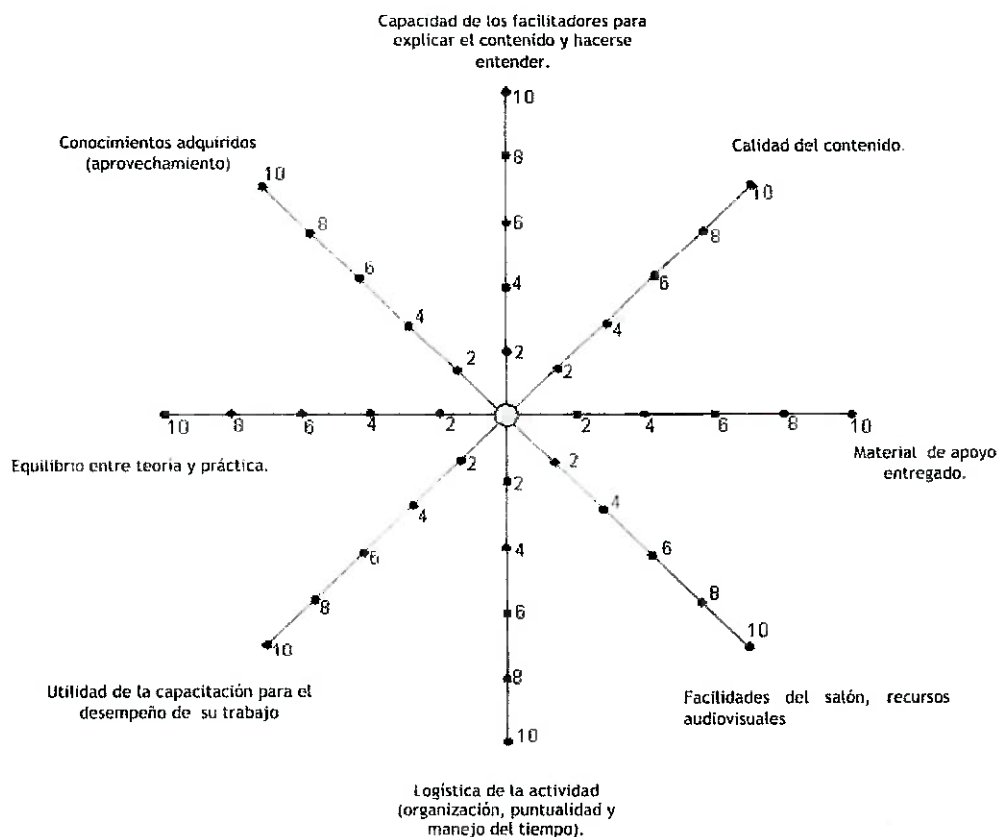
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Atención al usuario.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

7-8 Bueno

4-6 Deficiente

9-10 Excelente





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Version: 01

Fecha de aprobación: 18/10/2018

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACIÓN:

Relaciones Interpersonales

FECHA:

15/15/2024

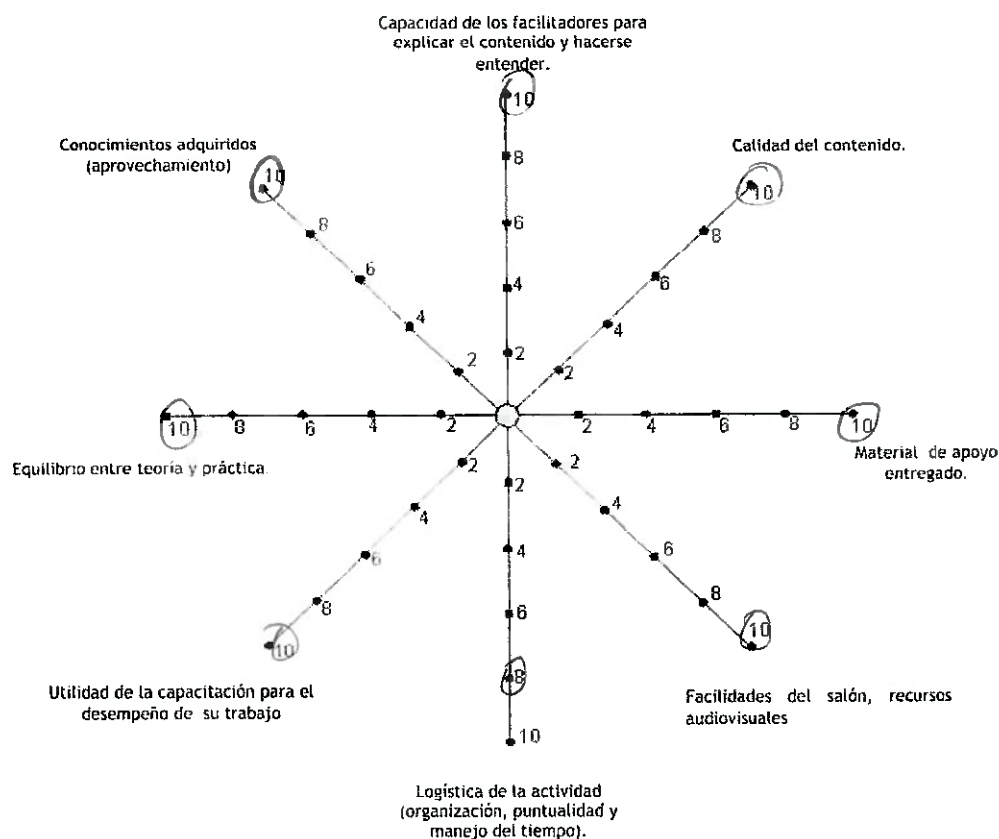
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Auxiliar de Atención al usuario.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

4-6 Deficiente

7-8 Bueno

9-10 Excelente





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Version: 01

Fecha de aprobación: 18/10/2016

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACIÓN:

Relaciones Interpersonales

FECHA:

21/6/26

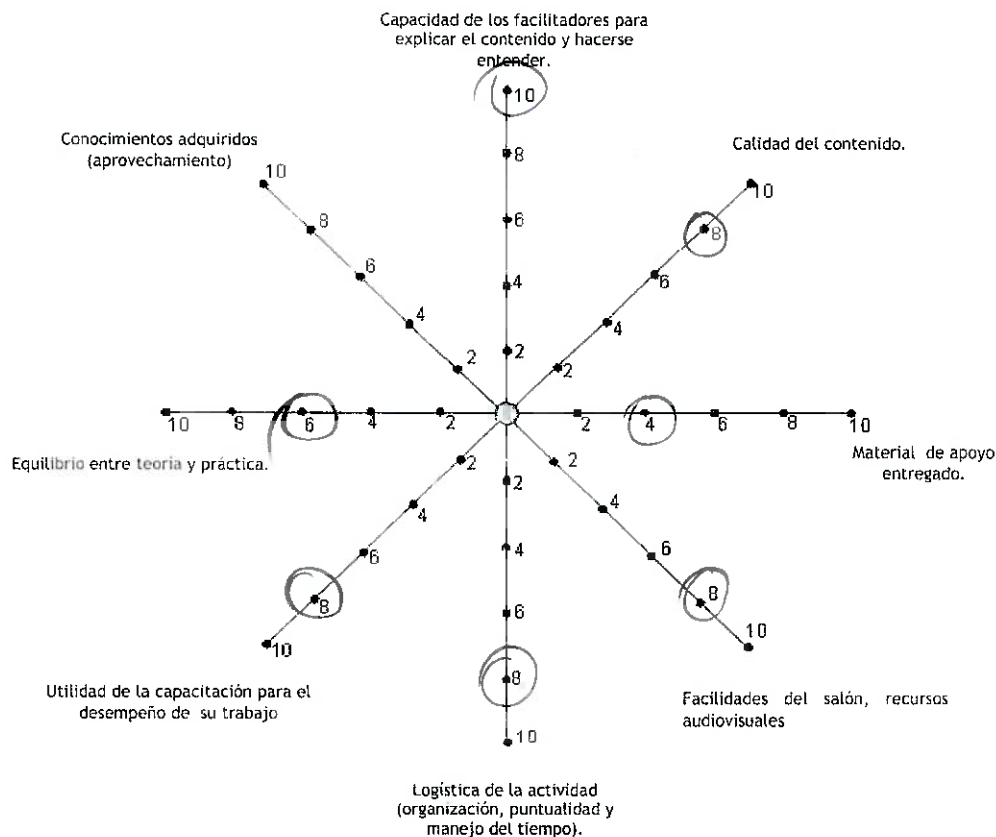
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Auxilio Atención al usuario.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

4-6 Deficiente

7-8 Bueno

9-10 Excelente





Lista de asistencia de Participante

Formulario: INAP-FCC-001 Tipo Documento Formulario Versión 1.0-10

Código:	04-10-783-25-23-P	Horario:	PM
Curso:	Inducción a la Administración Pública	Salón:	A delph
Fecha Inicio:	16/10/2025	Facilitador:	Nancy Mercedes Contreras
Fecha Fin:	17/10/2025	Coordinador:	Idry Alana Mejía
Días:	Lunes / / / /	Institución:	Hospital Angel Ponce
Modalidad:	Presencial	Total de Horas:	6

\$Valor Curso = 7947

No.	Nombres y Apellidos	No Celular	Cargo	Grupo	Institución	Teléfono	Genero	Firma	Pr
1	Franklin Carrasco Bastardo		Enfermero de Atención Directa	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8291768434 M			
2	Maykei Alexandra Telles De Los Santos		Medico anestesiologo	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
3	Mery Mercedes Camora Mora		Medico General	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
4	Vanessa Asencio Mora		Enfermera de atención directa	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
5	Yolara Santana Nade		Secretaria De Farmacia	Grupo 5	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
6	Esther Emma Louis Martinez		Secretaria	Grupo 2	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
7	Kenneth Salas Gil		Auxiliar De Facturacion y Seguros	Grupo 2	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
8	Nathali Isaura Sanchez Bonifacio		Medico Auditoe	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
9	Guillermo Muñoz Paz		Auxiliar de Facturacion y seguro	Grupo 2	Hospital Angel Ponce	82413286302 F			
10	Yoris Elyso Jimenez Ortiz		Medico	Grupo 5	Hospital Angel Ponce	8294079116 M			
11	Abby Ismael Leguano Guzman		Academico de P y F y e i n	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8293977955 F			
12	Felicia Castro Ramirez		Medico Auditor	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
13	Mayra Elizabeth Reyes Valdez		Medico General	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
14	Elizabeth Maria Frey Castro		Laborista	Grupo 1	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
15	Bernadette Bastardo Familia		Supervisor de Mantenimiento	Grupo 3	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
16	Fran Tony Diaz Jimenez		Comptable	Grupo 1	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
17	Jesus Manuel Robles Romyano		Tecnico de Datos Estadisticos	Grupo 3	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
18	Marleni Elain Bastardo Morales		Tecnica de Recursos Humanos	Grupo 3	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
19	Dermis Milagros Velazquez		Auxiliar De Facturacion y Seguros	Grupo 2	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
20	Rachell Suarez Sarabia		Auxiliar	Grupo 2	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
21	Cesar Augusto Cermier		Director	Grupo 2	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			
22	Dalyana Polanco Castro		Encargado de Atención al Ciudadano	Grupo 4	Hospital Angel Ponce	8095537955 F			

Hombres	Mujeres	Disapachados	Carrera	Contratado	Fijos	Carrera Municipal	Contratado Municipal	Publico General	Apr
5	17	0	0	3	18	0	0	0	

Firma Facilitador: *[Firma]* Firma Coordinador: *[Firma]*

Verifica. Michela Mestas
Verifica. RR HH.



INDUCCION A LA ADMINISTRACION PUBLICA Código- 2.1.1.01





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Evaluación de Eficacia

DGH-FO-012 Versión: 01

Fecha de aprobación: 18/10/2018

Nombre de la Formación: Inducción a la Administración Pública
Lugar: Hospital Municipal Dr. Angel Ponce
Nombre Persona a Evaluar: Senifer Salas Gil
Nombre y Cargo Supervisor Inmediato: Frida Dalysa

CUESTIONARIO

FACTORES (Marque con una X la casilla que se corresponda con la ejecución del evaluado).

1. Ha mejorado el desempeño de sus funciones.
2. Aplica en su labor cotidiana los conocimientos adquiridos en la capacitación.
3. Ha desarrollado nuevos métodos o formas de realizar el trabajo.
4. Ha propuesto acciones concretas para mejorar los procesos en los que interviene.
5. Ha transferido a otros los conocimientos y destrezas adquiridos en la capacitación.

CALIFICACION									
DEFICIENTE					BUENO				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							X		
							X		
							X		
							X		
							X		

Indique puntualmente en cuáles aspectos el empleado ha sido impactado y cuales resultados se han alcanzado:

Ha logrado comprender todo lo
concerniente a la administración pública
de los deberes y derechos del colaborador.

DEFINICIÓN DE ESCALA DE MEDICIÓN

*DEFICIENTE: Aplicación no adecuada.

*BUENO: Aplicación justo en la forma adecuada.

*EXCELENTE: Aplicación por encima de lo esperado.

*Marcar N/A en caso que uno de los puntos no apliquen.


FIRMA SUPERVISOR

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Objetivo Alcanzado

☒

Reforzar Capacitación:

☐

Fecha:

1/7/2024


Lic. Michay Infantes
Director de Recursos Humanos



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Versión: 01

Fecha de aprobación: 18/10/2018

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACIÓN:

Inducción a la administración pública.

FECHA:

19/6/26

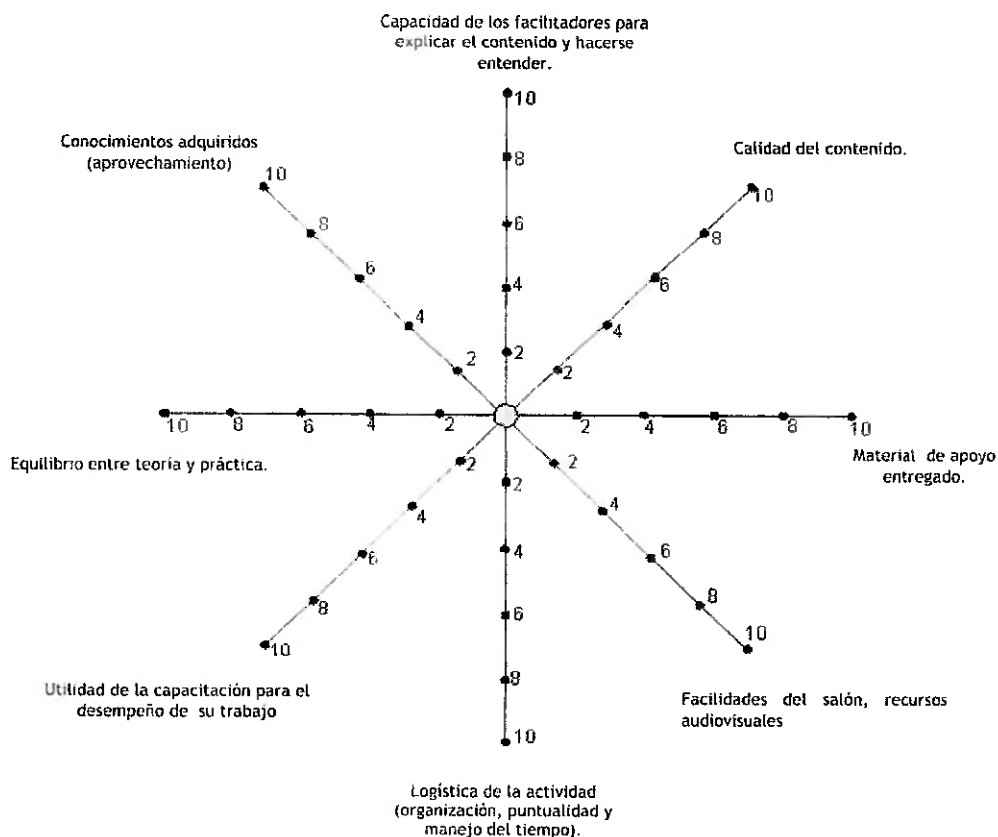
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Apoyos de capacitación

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

4-6 Deficiente

7-8 Bueno

9-10 Excelente





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

OGH-FO-011 Version: 01

Fecha de aprobación: 16/10/2016

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACIÓN:

Inducción a la administración

FECHA:

19/01/20

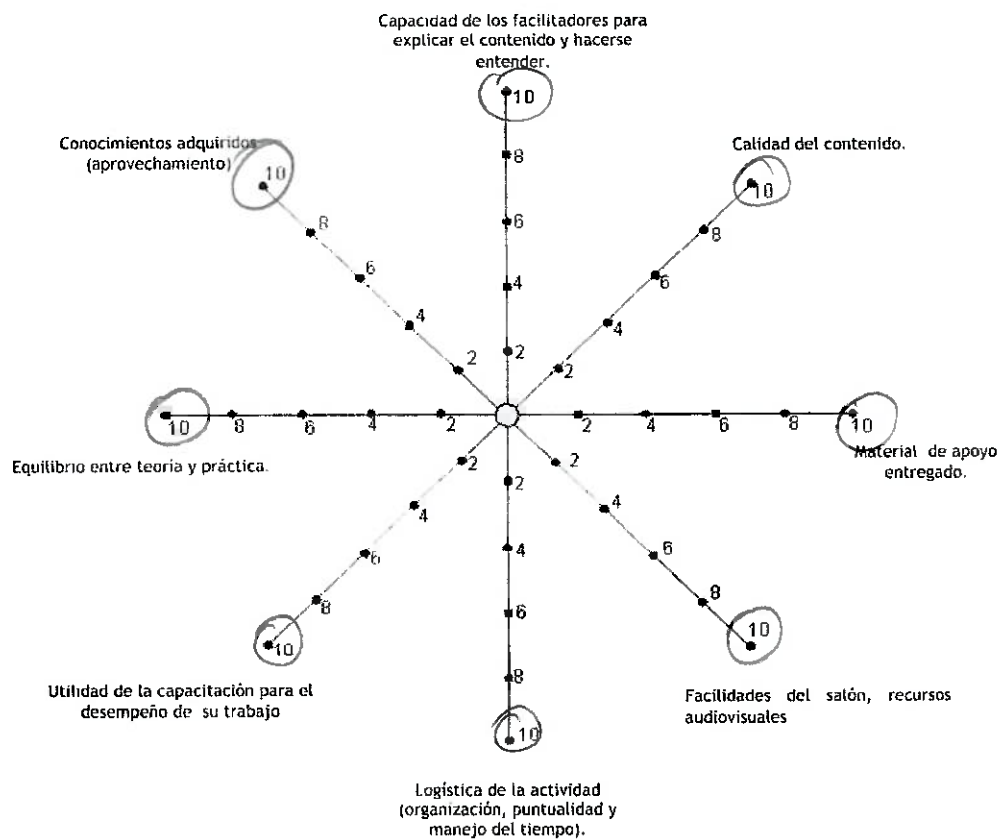
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Auxiliar en digitación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

7-8 Bueno

4-6 Deficiente

9-10 Excelente





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Evaluación Reacción Actividad Formativa

DGH-FO-011 Version: 01
Fecha de aprobación: 10/10/2018

Agradecemos que sea objetivo al completar este formulario, ya que sus informaciones nos ayudarán a evaluar la efectividad de la capacitación impartida, conforme al objetivo propuesto para la misma.

DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACION:

Inducción a la administración P. 19/06/2026

FECHA:

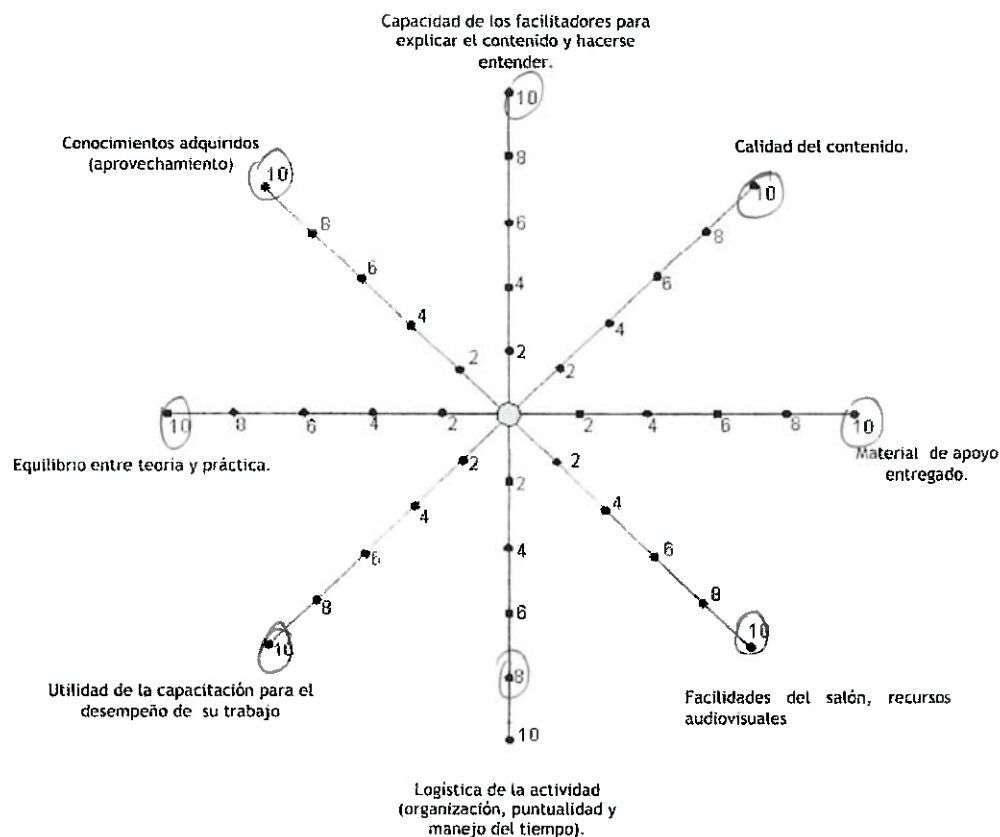
¿Ha sido de su interés la capacitación impartida?

☒ Mucho

☐ Medianamente

☐ Poco

Clasifique de 0 (malo) a 10 (excelente) los siguientes aspectos del curso que ha hecho:



Proponga otros cursos o aspectos de su formación que necesita reforzar:

Auxiliar de digitación

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Leyenda:

0-3 Malo

7-8 Bueno

4-6 Deficiente

9-10 Excelente



2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación 2026

Fecha: 30/6/2026

