

Código de la Acción Formativa: 20230500490
 Nombre de la Acción Formativa: PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD
 Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR ALEJANDRO CABRAL

Fecha de Inicio: 25/01/2023
 Fecha de Término: 25/01/2023
 Horario: Miércoles 08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: 8

Facilitador(a): JEFERSON ROMERO MARTINEZ

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel				Fecha	Firma Asistencia de los Participantes	Resultado
			F	M	OP	MM/G	15	2	13			
1	40236228785	DIANA LISBETH ARNO ESPINOSA	X			X				25/01/2023	[Firma]	C
2	01200319083	CRISEYDA ALTAGRACIA BAEZ	X			X					[Firma]	NC
3	01200085809	ANDREA CABRAL	X			X					[Firma]	NC
4	01200005369	IRIS ALTAGRACIA CASSO GARCIA	X			X					[Firma]	NC
5	40215027851	MERLYN DESIRE DE LOS SANTOS ADAMIES	X			X					[Firma]	NC
6	40237184979	KARLA ESMERALDA FERNANDEZ	X			X					[Firma]	NC
7	40229685579	MARLYN FLORENTINO AGRAMONTE	X			X					[Firma]	NC
8	12900032512	JUAN ALBERTO MONTERO LORENZO		X		X					[Firma]	NC
9	01201090626	REAGAN ANTONIO MORILLO MENDEZ		X		X					[Firma]	NC
10	01200031068	MARITZA PINEDA DEL ROSARIO	X			X					[Firma]	NC
11	01200454096	ANA JOSEFA RAMIREZ DE LOS SANTOS	X			X					[Firma]	NC
12	01200164646	RAFAELA ALTAGRACIA RAMIREZ LAPAIX	X			X					[Firma]	NC
13	01200480158	HILMA ROSARIO DE LA ROSA	X			X					[Firma]	NC
14	01200905329	YANI ESTHER SANCHEZ ALCANTARA	X			X					[Firma]	NC
15	01201175666	IVONNY ESTHER SANCHEZ SUERO	X			X					[Firma]	NC
16	01200487856	ROSALINA TEJEDA	X			X					[Firma]	NC
17	40225906995	RADAYSA TERRERO DUVAL	X			X					[Firma]	NC
Total			15	2	13	4						17

Observaciones:

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

Contraparte de la Empresa: *[Firma]*
 Facilitador(a): *[Firma]*

Asesor(a): *[Firma]*

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.: *[Firma]*

Certificado: Físico Web



Nombre de la Actividad: HRD/AC 3.2.1.2.01 Ejecución Plan de Capacitación 2023 (Bioseguridad)

Área Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 25/1/2023

Modalidad de la reunión: Virtual Pre Virtual

Hora: 09:00AM a 04:00 PM

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Alejandro Cabral (Salon de Reuniones de la Dirección)

Participantes					
Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono	
Fris Adf. Casco	Rux. Eng.	Emergencias (Cura)	Francisco Casco	829 939 8943	
Juan Alberto Montoro	Enfermero	UCF	J Montoro	829-719-7402	
Yaniz Alvarado	Enfermera	UCF	Yaniz Alvarado	809-931-8192	
Rosalina Tejeda	Enfermera	Emergencias	Rosalina Tejeda	829 889 3606	
Andrés Cabral	Enfermero	Reserva T.B	Andrés Cabral	809-847 7344	
Adriana Rosendo	Enfermera	Centro de Urgencias (Suplido)	Adriana Rosendo	809-993 2184	
Keaton Morales	Secretario	RR-HH	Keaton Morales	829-537-0794	
Ilvany Sanchez	Secretaria	RR-HH	Ilvany Sanchez	829-943-3040	
Diana Arco	Enfermera	RR-HH	Diana Arco	809-978-0327	
Rosalba Romina	Asistente	Dirección	Rosalba Romina	829-721-7429	
Rodriguez Torres	Secretaria	Dirección	Rodriguez Torres	849-886-0157	
Ana Isela Ramirez	Asistente	HRD/AC	Ana Isela Ramirez	829-349-9531	

*Nota: Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Certificado de Participación

Otorgado a:

RADAYSA TERRERO DUVAL

Por haber cumplido satisfactoriamente con los requisitos del curso:

PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD

Con una duración de 8 horas

Impartido en HOSPITAL REGIONAL DR ALEJANDRO CABRAL

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

Dado en Azua de Compostela República Dominicana

el día 25 del mes enero del año 2023

y registrado en el libro 108 folio 208 con el Número 17



Gerente Regional



Encargado de Registro,
Estadísticas y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>



Código de la Acción Formativa: 20230501199
 Nombre de la Acción Formativa: MANEJO EFECTIVO DEL TIEMPO
 Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR ALEJANDRO CABRAL

Fecha de Inicio: 17/02/2023
 Fecha de Término: 17/02/2023
 Horario: Viernes 08:00-16:00

Facilitador(a):
 MAVELIN NADWISKA RAMIREZ MATOS

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							
1	01200880506	ERICKA JOHANNA ARIAS PINALES	X			X	17/02/2023						C
2	01200781423	ANA ROSA BAEZ FAMILIA	X										NC
3	40212706036	JOSIAS CALDERON RAMIREZ		X									NC
4	01200012282	LORENZA CUEVAS TEJEDA	X										NC
5	40230563740	YIRANDY ELIZABETH DE LEON BELLO	X										NC
6	01200042123	LUCY DENNY DE LEON	X										NC
7	01200950838	JOAN ERNESTO DUVAL MORETA		X									NC
8	40219840317	DARIHANNY ECHAVARRIA MATEO	X										NC
9	01201202643	ERNESTINA ENCARNACION	X										NC
10	01201209259	EUNICE GALVA MENDEZ	X										NC
11	01201136957	JEISON RAFAEL GUZMAN ALCANTARA		X									NC
12	40239902766	LUISA ANTONIA JAVIER MONTERO	X										NC
13	40214824670	MILESY LOPEZ TURBI	X										NC
14	40214943322	WILMER JOEL MATOS MATEO		X									NC
15	01200157301	MILEDYS MELO MATOS	X			X							NC
16	01200852356	LUCIA YAJAIRA MORA DE OLEO	X										NC
17	01201090626	REAGAN ANTONIO MORILLO MENDEZ		X									NC
18	40227557978	LUIS HANIEL OGANDO GUZMAN		X									NC
19	01201052261	FRANCISCO JAVIER RAMIREZ ANGOMAS		X									NC
20	15500023104	ANA MARIA RODRIGUEZ CACERES	X										NC
21	40239754555	PERLA MASSIEL ROSADO PORTES	X										NC
22	01201175666	IVONNY ESTHER SANCHEZ SUERO	X										NC
23	40239927037	FRANKELLY SANTOS ALCANTARA		X									NC
24	40244066656	BRAYAN TEJEDA		X									NC
25	40220066027	RAMON ALEXIS VICTORIANO ENCARNACION		X									NC
Total			15	10	22	3							25

Observaciones:

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

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

Nombre de la Acción Formativa: 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 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.

Resultador: 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.

Coordinador / Encargado del Dpto.: El coordinador o el encargado responsable del 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:

HRDAC 3.2.1.2.01 Ejecución Plan de Capacitación 2023 (Manejo Efectivo del Tiempo)

Área Responsable:

Fecha: 17/2/2023

Modalidad de la reunión: Virtual Presencial

Hora: 09:00AM a 04:00PM

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Alejandro Cabral (Salon de Reuniones de la Dirección)

Participantes

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Juan E. Mantua	Navegadora	SAI	Juanmantua	juanmantua75@gmail.com
Mileisy López Turki	Digitador	Hospital Dr. Alejandro Cabral Unidad Integral (SAI)	Mileisy	mileisylopez22@gmail.com 829-367-9249
Yirandy De León Bella	Farmacéutica	Farmacia Central	Yirandy B	829-854-2723
Ana Rosa Baez	Farmacéutica	Farmacia Central	Ana R. Baez	829-925-9155
Ana M. Rodríguez	Farmacéutica	Farmacia Central	A.M.R.C	829-672-3067
Doña Rosa Cuevas Tejeda	Phlebotomera	Hosp. Dr. Alejandro Cabral	Rosa	829-848-0301
Dorling L. U. Echavarría M.	Seguridad	Hosp. Dr. Alejandro Cabral	Dorling L. U.	809-944-2863
Rosy Dany de Blas	Secretaría	Hosp. Dr. Alejandro Cabral	Rosy de Blas	829-917-3829
Yamini A. Vesteriana	Asesora Adm.	H. A. D. A. C.	Yamini	829-841-5281
Reagon A. Mendillo	Auxiliar Adm.	Recursos Humanos	Reagon Mendillo	829-537-0794
Yenny Sanchez Sured	Secretaria	Recursos Humanos	Yenny Sanchez	829-943-3040
Yuin Harold Segura	Asesoría	Auxiliar a la Dirección de Recursos Humanos	Yuin Harold Segura	849-216-7213

*Nota: para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Participantes

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Wilmer J. Morales M	Aux. A. USU	Atención al Usuario.	M. Morales	809-714-4513
Francisco J. Romilla	Asc. Archivo	Archivo	F. Romilla	829-866-4843
Enrique Eusebio	Asc. Archivo	B. N. CH. U. U.	E. Eusebio	809-509-4434
Bryan Tejeda	Aux. At. USU	Atención al Usuario	B. Tejeda	807-544-6495
José Robinson N.	Asc. Ingresos	Immunología	J. Robinson	829-993-6624
Leison Gorman	Contador	Contabilidad	L. Gorman	829-458-4453
Melba Espino	Bucal	Administración	M. Espino	829-7061332
Yeris J. Mora	Administración	H. R. D. A. C.	Y. Mora	809-9566674
Perla N. Rosado Fort	Asc. Contabil.	H. R. D. A. C.	P. Rosado	829-849-6765.
Enrique Galva	Enc. Estadística	H. R. D. A. C.	E. Galva	849-281-7493
Enrique Quino	Enc. A. V.	H. D. A. C.	E. Quino	829-764-1539
Gumbel Sandoz Alc.	Enc. Diagnóstico	Administración	G. Sandoz	809-703-9780
Dionel Amador	Enc. RRHH	H. R. D. A. C.	D. Amador	809-978-0327.

*Nota: para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Certificado de Participación

Otorgado a:

JEISON RAFAEL GUZMAN ALCANTARA

Por haber cumplido satisfactoriamente con los requisitos del curso:

MANEJO EFECTIVO DEL TIEMPO

Con una duración de 8 horas

Impartido en HOSPITAL REGIONAL DR ALEJANDRO CABRAL

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

Dado en Azua de Compostela República Dominicana

el día 17 del mes febrero del año 2023

y registrado en el libro 109 folio 238 con el Número 11



Gerente Regional



Encargado de Registro,
Estadísticas y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>





REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción Formativa: 20230501237
 Nombre de la Acción Formativa: GESTIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
 Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR ALEJANDRO CABRAL

Fecha de Inicio: 02/03/2023
 Fecha de Término: 02/03/2023
 Horario: Jueves 08:00-16:00

Facilitador(a): GREMELDA RAMIREZ SANTANA

Total Horas Programadas: 8
 A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Fecha	Firma Asistencia de los Participantes					Resultado				
			F	M	OP	MM/G	Fecha		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha						
1	01200970760	LUCITANIA ALCANTARA PEREZ	X		X		02/03/2023											
2	01200041562	DANNY MARIA BATISTA SANCHEZ	X		X													
3	01200161303	MARINA CABRAL CABRAL	X		X													
4	01200782009	MABEL COLON MONTERO	X		X													
5	01200945986	FELIX MANUEL DURAN MONTERO		X	X													
6	01200058160	EMILIA ASUNCION DUVAL	X		X													
7	01200046405	MELANIA ENCARNACION DE RAMIREZ	X		X													
8	01200781407	KENIA GERARDINA GARCIA	X		X													
9	01200909743	SULEYCA GUERRERO CUEVAS	X		X													
10	01200188330	REYNA ANGELA HERNADEZ GENAO	X		X													
11	01200478558	COLOMBINA ALTAGRACIA HERRERA MATEO	X		X													
12	01201140876	IRALIA JAVIER DEL CARMEN	X		X													
13	40238261560	CRISTOBALINA LOPEZ TURBI	X		X													
14	01201061007	MARLENNY ALEJANDRA MARTE TERRERO	X		X													
15	01200708681	JOSE LUIS MATEO RAMIREZ		X		X												
16	01200387767	MAGNOLIA MELO JAVIER	X			X												
17	01201033253	ESTHEFANY NICAHURY MONTERO RAMIREZ	X		X													
18	01200872214	YARIL Y MAGDELIN RAMIREZ DE LEON	X		X													
19	03105710226	ANA DILEIDY RAMIREZ NIN	X		X													
20	01200035549	ESPERANZA RAMIREZ PEÑA	X		X													
21	01200088985	ARTEMIA RODRIGUEZ DE LA CRUZ	X		X													
22	01200480117	JACQUELINE ROSADO CASTILLO	X		X													
23	01200040523	FRANCISCA SANCHEZ	X		X													
24	01200527016	BERKIS MARIA SANCHEZ ROMERO	X		X													
25	01200123832	ROSA ISABEL VALDEZ DE LOS SANTOS	X		X													
Total			23	2	23	2												

Observaciones:

Total 25

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

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

Nombre de la Acción Formativa: 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 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.

Coordinador / Encargado del Dpto.: El coordinador o el encargado responsable del 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:

HRDAC 3.2.1.2.01 Ejecución Plan de Capacitación 2023 (Gestión y Resolución de Conflictos)

Área Responsable:

Fecha: 2/3/2023

Modalidad de la reunión: Virtual

Presencial

Hora:

09:00AM a 04:00PM

Lugar/Plataforma:

Hospital Regional Dr. Alejandro Cabral (Salon de Reuniones de Entrega de Guardia)

Participantes

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Benjamin M. Guerrero	Asst. Enf.	Consultas externas		809-980-6429
Melania Sue. Reyes Rodriguez	Asst. Enfermera	Consulta Ginecología		(NH) 829-835-0347
Elisavinda Montero R. Tec. Enfermera	Tec. Enfermera	URR		809-2629-1318
Melany Enbend	Asst.	Quimioterapia		829-747-7867
Francisco Sandoval	Asst.	Elaboración de Gramas		829-861-7719
Emilia Aguilar	Asst.	Consulta Dr. Mariana Familia		829-437-8298
Antonia Rodriguez	Asst. Fisiol.	Quimioterapia		809-603-4799
Mabel Isabel Montero	Asst. Fisio.	Cuidados Intensivos		829-379-5689
Yanely M. Ramirez	Auxiliar	Atención Al Usuario		849-803-5072
Irailia Xavier	Auxiliar	Atención Al Usuario		829-448-0243
Suleyla Guerrero	Archivista	Archivos		829-929-2290
Christobalina Lopez	Secretaria	Hemodialis		829-467-1998

*Nota: para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Certificado de Participación

Otorgado a:

MABEL COLON MONTERO

Por haber cumplido satisfactoriamente con los requisitos del curso:

GESTIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Con una duración de 8 horas

Impartido en HOSPITAL REGIONAL DR ALEJANDRO CABRAL

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

Dado en Azua de Compostela República Dominicana

el día 2 del mes marzo del año 2023

y registrado en el libro 109 folio 332 con el Número 2



Gerente Regional



Encargado de Registro,
Estadísticas y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>

