

Fecha	22/3/2023	H. Inicio	10:00 AM	H. Termino	04:00 PM	Lugar	CAMBIO DE TURNO
-------	-----------	-----------	----------	------------	----------	-------	-----------------

TEMAS DE AGENDA

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

REVISIÓN DEL ACTA ANTERIOR	SI	NO	X	NA
----------------------------	----	----	---	----

Conclusiones

Siendo el día miércoles 22/03/2023, a las 10:00 a.m., en el hospital Dr. Ángel Contreras Mejía se dio inicio a la capacitación **HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD**, la cual fue impartida por la facilitadora del infotep **VICENTA MARICRUZ GUZMAN**.

La Licda. Adalgisa Castillo hizo la introducción para dar inicio formal a la misma, dando la bienvenida y explicando el objetivo de dicha capacitación.

Finalizada esta parte La facilitadora procedió explicando detalladamente el objetivo por el cual es impartirá la capacitación, con la intención de que los participantes puedan identificarse con el propósito de la misma.

Para continuar con el desarrollo de la capacitación la facilitadora explicó que es humanización, refiriéndose a ella como ser capaces de brindar un servicio cálido, sensible y empático. Luego les pregunta a los participantes qué entienden por calidez, a lo que la participante Cecilia responde que es ser amable con los pacientes y tratarlos con respeto.

Preguntó ¿que usted hace que los usuarios vean cómo inhumano?

SANDRA: Cuando no damos un buen servicio.

MAYRA: Cuando no tomamos en cuenta las opiniones de los usuarios.

ROSALBA: Cuando saltamos los turnos sin pedir permiso a los demás.

Como veo el trabajo y lo que significa para mi va a influir en la forma en que lo haga. Mi actitud siempre debe ser positiva.

RAFAEL DANILO: Para asistir al trabo con una actitud positiva es necesario dejar los problemas personales fuera y dar lo mejor de mí.

¿Por qué usted trabaja?

BRIGIDO: Me siento útil para la sociedad

MAYRA: Me llena de satisfacción

MARIA: Me hace sentir bien aliviar el dolor de los pacientes

ha de aprobación: 25/06/2018

Se habló sobre la actitud positiva, el trabajo en equipo y la identificación con la empresa como los componentes emocionales del trabajo que influyen en la actitud y afectan el trato hacia los demás.

Otros factores que pueden ayudar a tener una actitud positiva como:

- + levantarse temprano
- + crear buenos hábitos
- + sonreír
- + aprender algo nuevo
- + dar y recibir.
- + Quererte mucho
- + Comer sano y variado
- + Persigues tus sueños
- + Da, recibe y agradece
- + Haz lo que amas y ama lo que haces
- + Aprecia los logros

Después, la facilitadora realizó una dinámica interactiva, tomó los principios de la humanización autoestima, esperanza, respeto, solidaridad, paciencia y pericia técnica, y a cada participante le asignó uno de ellos, luego formó pequeños grupos con los que tenían asignado el mismo principio. Cada grupo formó una definición sobre lo que significa el principio y relató ejemplos de cómo se da en la realización de su trabajo.

Al final, la facilitadora presentó un video sobre una cadena buenas acciones, en el que se pudo apreciar cómo las personas contribuyen con pequeñas e importantes acciones ayudando y sirviendo a los demás. Y los participantes tuvieron la oportunidad de exponer qué pudieron ver y entender del video, a lo que la participante Osterminia expuso que pudo ver cómo una buena acción de la primera persona contagió a los demás a hacer lo mismo, añadiendo que, las personas reciben lo que dan.

Acuerdos/ Compromisos	Responsable	Plazo De Ejecución	Logrado	
			SI	NO
Los colaboradores se comprometieron en brindar servicios de calidad y humanizado.	Colaboradores			
Asistentes A La Reunión				
Convocados O Representantes	A	Na		Firma
		J	NJ	
Ver listado de participación anexo.				
Coordinado(A) De Reunión	LICDA. ADALGISA CASTILLO SEVERINO			
Relator(A)	LICDA. MADELYN HERNANDEZ			









Código de la Acción Formativa: 20231601382
 Nombre de la Acción Formativa: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 Institución / Empresa: HOSPITAL PROVINCIAL DE MONTE PLATA DR ANGEL RAMON CONTRERAS MEJIA

Fecha de Inicio: 26/03/2023
 Fecha de Término: 26/03/2023
 Horario: Domingo
08:00-16:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

Facilitador(a):
VICENTA MARICRUZ GUZMAN OLIVARES

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	00800230849	REINA PETRONILA AQUINO MARTE	X		X		Reina P.							
2	00800032492	RAFAEL DANILO BELEN		X	X		Rafael B.							
3	00500247903	ISABEL CARELA MARTE	X		X		Isabel C.							
4	00800075095	BRIGIDO CONTRERAS AYBAR		X	X		Brigido A.							
5	00110241536	LEONEL EUGENIO CONTRERAS CASTILLO		X	X		Leonel C.							
6	00800130510	EMERITA DE LA CRUZ DEL ROSARIO	X		X		Emerita							
7	01300233473	LUIS BONALDE DIAZ BELTRE		X	X		Luis B.							
8	40223484953	SANTA BENEDICTA FABIAN DE JESUS	X		X		Santa B.							
9	00800013849	MAIRA FERNÁNDEZ CONTRERAS	X		X		Maira C.							
10	09000137365	BRAULIO LINARES QUEZADA		X	X		Braulio Q.							
11	09000076209	DANIEL LUCIANO NATERA		X	X		Daniel N.							
12	00800254682	ELVIS ANTONIO MARIANO VALOIS		X	X		Elvis V.							
13	22500661776	MARTHA MARLENY MARTE DE PAULA	X		X		Martha M.							
14	09000128430	FRANK GERMAN RAMOS ADON		X	X		Frank R.							
15	00800288607	DAMARIS MIGUELINA REYES TORRES	X		X		Damaris R.							
16	00800324345	ESTEBAN RODRIGUEZ MERCEDES		X	X		Esteban							
17	00800177156	ALFREDO SEBASTIAN		X	X		Alfredo S.							
18	00800351140	CARINA PATRICIA SORIANO REYES	X		X		Carina S.							
19	40226441489	GENESIS ARGELIA TORRES ABAD	X		X		Genesis T.							
Total			9	10	19									

Observaciones:

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

Certificado: Físico Web

Adelaida Castillo
Contraparte de la Empresa

Vicenta Maricruz Guzman Olivares
Facilitador(a)

Asesor(a)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.



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.



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 7

Código de la Acción Formativa: 20231601381
 Nombre de la Acción Formativa: HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 Institución / Empresa: HOSPITAL PROVINCIAL DE MONTE PLATA DR ANGEL RAMON CONTRERAS MEJIA

Fecha de Inicio: 23/03/2023
 Fecha de Término: 23/03/2023
 Horario: Jueves
 08:00-16:00

Facilitador(a): VICENTAMARICRUZ GUZMAN OLIVARES

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	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC
1	40222270643	ANA JULIA ALCANTARA SANTANA	X		X		Ana Julia							
2	22300670126	YERIS ESTHER BATISTA ABREU	X		X		Yeris Esther							
3	00800261315	LINA CASTILLO	X		X		Lina Castillo							
4	22500257500	YALITZA LEONELA CIRIACO PILARTE	X		X		Yalitzac							
5	00800277774	CLARA CONCEPCION LACEN	X		X		Clara							
6	00800344806	WANDA ELISA CUSTODIO BENITEZ	X		X		Wanda C.							
7	00800233611	JUANA DE JÉSUS MARTINEZ	X		X		Juana Jm							
8	02400260275	RAFAELA DE LA CRUZ DE LOS SANTOS	X		X		Rafaela							
9	00800317141	KAREN FABIAN VALDEZ	X		X		Karen F.v							
10	22500456102	JOCASTA GARCIA DE LA CRUZ	X		X		Jocasta G							
11	00114011174	VICKINIA GARCIA MARTINEZ	X		X		Vickinia							
12	00800247843	LEIDI GOMEZ DE LOS SANTOS	X		X		Leidi G							
13	09000154337	JULIA GUEINEL FANDAL	X		X		Julia G.							
14	00800360034	RUTH DELANIA GURIDYS DEL ROSARIO	X		X		Ruth G.							
15	00400259024	YESENIA GUZMAN MEJIA	X		X		Yesenia G							
16	09000130162	REGINA HERNANDEZ NUÑEZ	X		X		Regina H.							
17	22301470526	GENESIS HERNANDEZ TAVAREZ	X		X		Genesis							
18	00800223026	MARIA JAVIER VILLANUEVA	X		X		Maria J.							
19	00800003295	CECILIA JORGE	X		X		Cecilia J.							
20	09000091216	SANDRA KELLY GONZALEZ	X		X		Sandra K.							
21	15300000161	MARI STEFANI MANZUETA MOREL	X		X		Dr. Manzueta							
22	00800268393	OSTERMINIA MORENO BENITEZ	X		X		Osterminia							
23	09000240177	ROSALBA PICHARDO GIL	X		X		Rosalba P.							
24	09000222084	ROSANY PICHARDO POLANCO	X		X		Rosany P.							
25	40226168793	YUDI RAMÍREZ FELIX	X		X		Yudi R.							
26	40223143740	MARIBEL SANTANA MARTE	X		X		Maribel S.M.							
27	09000204025	ROSA LINA TORRES DE LOS SANTOS	X		X		Rosa Lina							
Total			27		27									
												Total		

Observaciones:

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

Adriana Castillo
Contratante de la Empresa
Facilitador(a)

Asesor(a)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.



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:

Capacitación: HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Área Responsable:

RECURSOS HUMANOS

Fecha: 22/3/2023

Modalidad de la reunión:

Lugar/Plataforma:

Virtual

Presencial

Hora: 10:00 AM

Participantes

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Esteban Rodríguez	Vigilante		ESLeban Rdr	8095426909
Carina Patricia Soriano	Enfermera	UCI	Carina Soriano	829-677-2524
Luis Bonalde Díaz	Paramédico	Emergencia	BD	8296728503
Geoniel Encuentra	Emergencia	aparcada		809 885 9813
Buenaventura Hincapié	Enfermero	Emergencia		809/613-7656
Wanda Elisa Custodio	Enfermera	Internamiento	Wanda P. C.	809-452-4787
Martha Marlene Marte Sibani	Enfermera	Porto	M Sibani	829 277 3661
Josefina Villanueva	Enfermera	Emergencia	J.V.A	809 882 7356
Julicia Guainol Andrad	Enfermera	Internamiento	Julicia Andrad	829-437-5586
Isabel Caraballo de la Cruz	Enfermera	Internamiento	Caraballo	809 854 3835
Rejina Hernández	enj. A directa	///	RH	829 271-9566
Reyna Petronila Aguirre	auxiliar	///	Rpa	829 576,3936

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



Lista de Participación para Actividades

GC-FO-001 Versión: 04

Fecha de aprobación: 16/01/2023

Participantes				
Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Rafael de la Cruz del Puerto	enfermero	internamiento	Rafael de la Cruz	809-6573111
* Alcega García de la Cruz	Enfermera	internamiento	Alcega	849-453-2374
* Karen Fabian Velds	Enfermera	internamiento	Fabian	809 777 9785
Yalitzka Leida Ciriaco Dur	Enfermera	Internamiento	Ciriaco	809-218-8392
Ana Julia Alcauter S	internista	parto	Alcauter	santanaana425@gmail.com
Alfredo Sebastian	CPA/FC	Emergencia	alfrdsebastian	829-518-4719
Dameg Meylene Reyes	Paramédico	emergencia	Dameg Reyes	809 269 9012
Daniel Luciano	Choper	Emergencia	Daniel Luciano	809-867-1621
Rosalina Terry	Bioanalista	Laboratorio	Rosalina Terry	829-647-0823
Determina Moreno	Bioanalista	Laboratorio	Determina Moreno	809-975-6586
Escuela Joffe	Enfermera	Laboratorio	Escuela Joffe	809 90 25579
Maria Garcia V.	Paramédico	Emergencia	Maria Garcia	829-381-3356
Clara Concepción	Bioanalista	Laboratorio	Clara Concepción	849 354 9302
Ruth delania Guadys	Enfermera	UCI	Ruth	829-401-9222
Rafael Danilo Balon	Seguridad	seguridad	Rafael	829.669.7911
Leydi Gomez	Enfermera	Emergencia	Leydi Gomez	829-426-3771

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



Lista de Participación para Actividades

CC-FO-001 Versión: 04

Fecha de aprobación: 16/01/2023

Participantes

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Frank Ramo	Seg. Ri. De		Frank	809883-02-77
* Juana de Jesús Martínez	Aux. Farmacia	Emergencia	Juana	8295802217
Genesis Hernandez T	AUX: Enfermería	Emergencia	Hernandez	829-835-7714
Santi B. Fabian de Jesus	Aux. Enfermería	Emergencia	Fabian	849-6272458
Emeilita de la Cruz P/A	aux enfermería	Emergencia	de la Cruz	829 2642053
Rosany Richardo	Aux. Atención Usuario	Atención al usuario	Rosany	829-534-7039
Rosalba Richardo Gil	Aux. Atención Usuario	Atención al usuario	Rosalba R.G.	809-693-7324
Sandra K. Alarcón	Aux. Atención Usuario	Atención al usuario	Sandra	809-77-3409
Braulio Lino	Seg. Ri. De			8295280178
Laura M. Suarez	Enc. Hospitalar	Subdiv. Enfermería	Laura Suarez	8294725706
Yudel Ramirez Felipe	Enfermera	Programa Mama Cangoro	Yudel Ramirez	809-953-7892
Maena Emanuel Santoro	Enfermera	Salud Comunitaria	Maena	8299665539
Brigido Contreras	Seguridad			8092697491
Juan Batista	med. Gen. E	Emergencia	Juan Batista	829-743-5903
Ma. Yuliana Garza	med. Gen. E	Emergencia	Ma. Yuliana Garza	829-602-7161
Maribel Santana Marte	Psicóloga	Mama Cangoro	Maribel Santana	829-934-5954

