

FECHA: 04/04/2023

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:** HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DR. JOSE FRANCISCO PEÑA GOMEZ

Área: SALUD Y ADMINISTRATIVOS

Nombre de la Actividad: INFORME TRIMESTRAL DE CURSOS REALIZADA

Código POA (si aplica): 3.3.2.1.02

INTRODUCCIÓN

EN ESTE AÑO 2023 INICIAMOS CON LOS TALLERES DE CAPACITACION QUE POR MEDIO DE LA DETECCION DE NECESIDAD DE CAPACITACION IDENTIFICAMOS; CUALES ERAS LAS PRIORIDADES DE LOS TEMAS QUE NUESTROS COLABORADORES Y DEPARTAMENTOS DEBIAN RECIBIR CON LA FINALIDAD DE EDIFICARSE Y PONER EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.

OBJETIVO DEL INFORME

DAR A CONOCER LOS TEMAS Y TALLERES EJECUTADOS E IMPARTIDOS DIRIGIDO AL PERSONAL SALUD Y ADMINISTRATIVO DE ESTE CENTRO DE SALUD

METODOLOGIA (si aplica)

- *AUDIO VISUAL
- *PRESENCIAL
- *ANALISIS Y DESARROLLO

DESARROLLO / HALLAZGOS

PARA ESTE TRIMETRES SE PROGRAMARON DOS TALLERES DE CAPACITACION CONTINUA LOS CUALES FUERON LOS SIGUIENTE: ETICA, DEBERES Y DERECHOS DEL SERVIDOR PÚBLICO, EL 24 DE FEBREROY SUPERVISION EFECTIVA EL DIA 22/03/2023.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

DICHOS TEMAS FUERON REALIZADOS DE MANERA EXITOSA Y POSITIVA YA QUE, HEMOS VISTO CAMBIOS Y RESULTADOS DIFERENTES EN LOS COLABORADORES EN LA MENERA DE CONDUCIRSE, GERENCIAR, COMUNICARSE Y DIRIGIRSE HACIA LOS DEMAS.

RECOMENDACIONES

QUE ESTE CENTRO DE SALUD PUEDA GESTIONAR UN EQUIPO DATASHOP PARA LA PROYECCION Y PRESENTACION DE LOS TEMAS YA QUE, LA ENTIDAD QUE NOS BRINDA SU APOYO Y SERVICIOS INFOTEP PRESTA SU HERRAMIENTAS CON EL FIN DE PRPORCIONAR CALIDAD DE LA INFORMACION PRESENTACION EN EL DESARROLLO DE LOS TEMAS

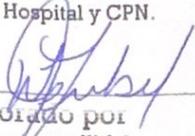


ANEXOS (si aplica)

LISTA DE PARTICIPANTES

Instrucciones de llenado:

*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.


Elaborado por
(Nombre y apellido)



Participantes					
Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Telefono	
Valeria Serrano E	Coor. de ATENCIÓN CNSURATO	HRM TISSFG	Valeria Serrano E	829-456-8048	
Beatriz Mule	Adm.	HRM TISEPG	Beatriz Mule	809-922-3133	
Yolanda Villaverde	Supervisor CNSURATO	HRM TISEPG	Yolanda Villaverde	809-450-4384	
Elvira M. Vargas	Contadora	HRM TISS.F.P.G	Elvira M. Vargas	809-462-5202	
Priscilla Santos	Docente	HRM TISS.F.P.G	Priscilla Santos	849-458-3182	
Andrés Rodríguez	Experto	HRM TISS.F.P.G	Andrés Rodríguez	809-342-6979	
Andrés Rodríguez	Experto	HRM TISS.F.P.G	Andrés Rodríguez	829-315-3492	
CRISTIAN F.	Eng.	HRM TISS.F.P.G	CRISTIAN F.	809-288-4119	
Ana C. Ferreira	enf	HRM TISSFG	Ana C. Ferreira	829-518-9565	
Issy M. Cruz	enf	HRM TISSFG	Issy M. Cruz	809-253-5511	

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

Nombre de la Actividad:

SUPERVISION EFECTIVA

Área Responsable:

Fecha: 22/3/2023

Modalidad de la reunión: Virtual

Presencial

Hora: 9:15 AM A 2:00PM

Lugar/Plataforma:

HRMII/PPG

Participantes					
Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono	
Elina Vargas	Coordinadora	HRMII SEP G	<i>Elina V. Vargas</i>	elina.vargas@chubutmail.com	
Isabella Sotomayor	Enc. Formación	HRMII SEP G	<i>Isabella Sotomayor</i>	isabella.sotomayor@chubutmail.com	
Yolani E. Espinal	Asesora de Recursos	HRMII SEP G	<i>Yolani E. Espinal</i>	yolani.e.espinal@chubutmail.com	8209-9440-5764
Tomás Perotti	enc. cirugía	11	<i>Tomás Perotti</i>	perotti@chubutmail.com	809-253-1853
Rosa Nunez	Enc. Formación	HRMII SEP G	<i>Rosa Nunez</i>	rosa.nunez@chubutmail.com	809-235-9949
Stephanie Lirio	Asesora de Recursos	HRMII SEP G	<i>Stephanie Lirio</i>	stephanie.lirio@chubutmail.com	809-513-5287
Scott Berg	Asesora de Recursos	HRMII SEP G	<i>Scott Berg</i>	scott.berg@chubutmail.com	809-510-5330
Yolani Sotomayor	Enc. Formación	HRMII SEP G	<i>Yolani Sotomayor</i>	yolani.sotomayor@chubutmail.com	844-458-3122
Verónica J. Sastre	Asesora de Recursos	HRMII SEP G	<i>Verónica J. Sastre</i>	veronica.j.sastre@chubutmail.com	829-67526565
Juliana Pérez	Asesora de Recursos	HRMII SEP G	<i>Juliana Pérez</i>	juliana.perez@chubutmail.com	829-302-6856
Yolani Sotomayor	Enc. Formación	HRMII SEP G	<i>Yolani Sotomayor</i>	yolani.sotomayor@chubutmail.com	844-210-6009
Yolani Sotomayor	Enc. Formación	HRMII SEP G	<i>Yolani Sotomayor</i>	yolani.sotomayor@chubutmail.com	809-399-7475

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



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 7

Código de la Acción Formativa: 20231001916
Nombre de la Acción Formativa: ÉTICA, DEBERES Y DERECHOS DEL SERVIDOR PÚBLICO.
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONAL DE SALUD

Fecha de Inicio: 24/02/2023
Fecha de Término: 24/02/2023
Horario: Viernes
08:00-17:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: 8

Facilitador(a):
JUAN MARINO SENA PEÑA

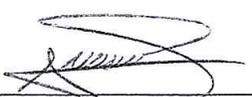
No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado		
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC	
1	40223037553	WINIFER CAROLINA ALMONTE SUERO	X		X		24/2/23						X	
2	04600409504	REYNI JOSEFINA BELLIARD ALMONTE	X			X							X	
3	03400487686	TERESA DEL CARMEN BUENO LUCIANO	X		X								X	
4	03900194675	YNOCENCIA CEPEDA MINAYA	X		X								X	
5	03300315888	IRIS CAROLINA DIAZ PEÑA	X		X									X
6	40212030841	MANUELA ALTAGRACIA MADERA	X		X								X	
7	03400176560	BENITO ESTANISLAO MARTE TORRES		X		X							X	
8	03400438333	LEIDY RAFAELINA MARTINEZ MARTINEZ	X		X									X
9	03400400457	ILARIA MERCEDES MEDRANO SANTOS	X			X								X
10	03400169821	CELESTE DEL CARMEN MENDOZA TAVAREZ	X			X							X	
11	40226398580	LENNIN BLADIMIR MOREL CHAVEZ		X	X								X	
12	04500270162	VIANNI MELISSA MOREL GARCIA	X		X								X	
13	03400553768	YUNELIS DEL CARMEN PEREZ MERETE	X		X								X	
14	03400305466	MAGALIS PEÑALO BAEZ	X			X							X	
15	40222203461	YESSIKA EUGENIA REYES CABRERA	X		X									X
16	40225937115	SCARLET ROSAURA REYES VENTURA	X			X							X	
17	03400568980	JAHNY RODRIGUEZ LIRIANO	X			X							X	
18	03400537597	MIGUEL EDUARDO RODRIGUEZ RODRIGUEZ		X	X								X	
19	40223459617	KARLA DEYANIRA ROJAS CID	X		X								X	
20	03400475277	BRISLEYDI MABEL SANTOS RAMOS	X		X								X	
21	03400428219	ELIANA MAGDALENA VARGAS MEDRANO	X		X								X	
22	03400580290	DAHIANA MARIA VILLAMAN FRANCISCO	X		X								X	
Total			19	3	15	7						Total	18	4

Observaciones: PRESENCIAL
UNA HORA DE ALMUERZO

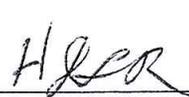
Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica

Certificado: Físico Web


Contraparte de la Empresa


Facilitador(a)


Asesor(a)


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



REC 06-03-23	
REGISTRADA	
VERIFI 06-03 FECHA	NICOL  FIRMA
VERIFICACION ORIGINAL	
FECHA:	FIRMA:

L 372
F 257

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 marcará 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.

06-03-23	
FECHA DE INICIADA	
06-03	(Firma)
FECHA	FIRMA
VERIFICACION ORIGINAL	
FECHA	FIRMA

L 372
P 257

Código de la Acción Formativa: 20231003043
Nombre de la Acción Formativa: SUPERVISION EFECTIVA
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONAL DE SALUD

Fecha de Inicio: 22/03/2023
Fecha de Término: 22/03/2023
Horario: Miércoles
08:00-17:00

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: 8

Facilitador(a):
JACOB ELIEZER OLIVARES NUÑEZ

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							C	NC
1	40233370374	YULENNI ESTHEFANI ESPINAL PEREZ	X			X	22-03-23						X	
2	03400235358	IBELKA JOSEFINA GOMEZ MARTINEZ	X			X							X	
3	03400567032	YARLING FRANCINA GONZALEZ MOREL	X			X								X
4	03400433417	MARIBEL GUZMAN ROJAS	X			X							X	
5	03400176560	BENITO ESTANISLAO MARTE TORRES		X		X							X	
6	03400400457	ILARIA MERCEDES MEDRANO SANTOS	X			X							X	
7	40226398580	LENNIN BLADIMIR MOREL CHAVEZ		X		X							X	
8	03900226287	ROSA NUÑEZ SANTOS	X			X							X	
9	03400468967	OLQUIDEA MERCEDES PASCUAL REYES	X			X							X	
10	03400196139	BEATRIZ ANTONIA PERALTA ALVAREZ	X			X							X	
11	03400109686	FRANCISCA JOSEFINA PERALTA SANTANA	X			X							X	
12	03300211335	ELAINE MARGARITA PICHARDO PERALTA	X			X							X	
13	40223969581	LUISANDRA MARIA SANTANA JAQUEZ	X			X							X	
14	03400475277	BRISLEYDI MABEL SANTOS RAMOS	X			X							X	
15	40233252804	STEPHANIE JOSEFINA UREÑA RODRIGUEZ	X			X							X	
16	03400428219	ELIANA MAGDALENA VARGAS MEDRANO	X			X							X	
Total			14	2		16							15	1

Observaciones: PRESENCIAL

Leyenda: 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)

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.

28-03-23	
FECHA DE INICIADA	
28-03	
FECHA	FIRMA
VERIFICACION FINAL	
FECHA	FIRMA

L 383
F 177