

**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

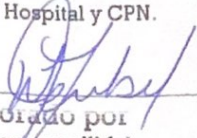


**ANEXOS (si aplica)**

**LISTA DE PARTICIPANTES**

**Instrucciones de llenado:**

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

  
Elaborado por  
(Nombre y apellido)



Nombre de la Actividad:

*Etica, Roles y Deberes del Servidor Publico*

Área Responsable:

Modalidad de la reunión:  Virtual  Presencial

Presencial

Lugar/Plataforma:

**Participantes**

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
<i>Margarita Paredes</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Paradelparedes@gmail.com</i>
<i>Margali Parodi</i>	<i>Enc. Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>809-626-2797</i>
<i>Raya Bellard</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>829-752-6838</i>
<i>Miami Morel</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>829-492-9380</i>
<i>Teresa Buenaf</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>829-384-5960</i>
<i>Rosario Lopez</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>809-899-7435</i>
<i>Magaly Rodriguez</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>809-996-9386</i>
<i>Margalida Paredes</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>829-524-2939</i>
<i>Marta Rivas</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>829-781-0294</i>
<i>Marta Rivas</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>809-874-4473</i>
<i>Marta Rivas</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>829-407-71-69</i>
<i>Marta Rivas</i>	<i>Asesora</i>	<i>H.R.M.T.S.F.P.G.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>849855-0251</i>

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

Participantes					
Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono	
Valeria Serrano T.	Coor. de ATENCIÓN C.A.S. SAUD	H.R.M.T.S.F.P.G.	Valeria Serrano T.	829-456-8048	
Beatriz Mule	Adm.	H.R.M.T.S.F.P.G.	Beatriz Mule	809-922-3133	
Yolanda Villaverde	Supervisora de ATENCIÓN C.A.S. SAUD	H.R.M.T.S.F.P.G.	Yolanda Villaverde	809-450-4384	
Elvira M. Vargas	Contadora	H.R.M.T.S.F.P.G.	Elvira M. Vargas	809-462-5202	
Priscilla Santos	Docente	H.R.M.T.S.F.P.G.	Priscilla Santos	849-458-3182	
Andrés Rodríguez	Asesor	H.R.M.T.S.F.P.G.	Andrés Rodríguez	809-342-6979	
Andrés Rodríguez	Asesor	H.R.M.T.S.F.P.G.	Andrés Rodríguez	829-315-3492	
CRISTIAN J.	Eng.	H.R.M.T.S.F.P.G.	CRISTIAN J.	809-288-4119	
Ana C. Esceiro	enf	H.R.M.T.S.F.P.G.	Ana C. Esceiro	829-518-9565	
Issy M. Cruz	enf	H.R.M.T.S.F.P.G.	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. Ejecutiva	HRMII SEP G	<i>Isabella Sotomayor</i>	isabella.sotomayor@chubutmail.com	
Yolani E. Espinal	Enc. Asesoría de Recursos	HRMII SEP G	<i>Yolani E. Espinal</i>	yolani.e.espinal@chubutmail.com	8209-9440-5764
Tomás Perotti	Enc. Asesoría	11	<i>Tomás Perotti</i>	perotti@chubutmail.com	809-253-1853
Rosa Nunez	Enc. Asesoría	HRMII SEP G	<i>Rosa Nunez</i>	rosa.nunez@chubutmail.com	809-235-9949
Stephanie Lirio	Enc. Asesoría	HRMII SEP G	<i>Stephanie Lirio</i>	stephanie.lirio@chubutmail.com	809-513-5287
Scott Berg	Asesoría	HRMII SEP G	<i>Scott Berg</i>	scott.berg@chubutmail.com	809-510-5330
Yolani Sotomayor	Enc. Asesoría	HRMII SEP G	<i>Yolani Sotomayor</i>	yolani.sotomayor@chubutmail.com	844-458-3122
Verónica J. Sastre	Enc. Asesoría	HRMII SEP G	<i>Verónica J. Sastre</i>	veronica.j.sastre@chubutmail.com	829-67526565
Juliana Pérez	Enc. Asesoría	HRMII SEP G	<i>Juliana Pérez</i>	juliana.perez@chubutmail.com	829-302-6856
Thelma Ponce	Enc. Asesoría	HRMII SEP G	<i>Thelma Ponce</i>	thelma.ponce@chubutmail.com	844-210-6009
Benito	Enc. Asesoría	HRMII SEP G	<i>Benito</i>	benito@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: ETICA, DEBERES Y DERECHOS DEL SERVIDOR PUBLICO.  
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	24/2/23					C	NC	
1	40223037553	WINIFER CAROLINA ALMONTE SUERO	X		X		Winifer A					X		
2	04600409504	REYNI JOSEFINA BELLIARD ALMONTE	X			X	Reyni					X		
3	03400487686	TERESA DEL CARMEN BUENO LUCIANO	X		X		TERESA B					X		
4	03900194675	YNOCENCIA CEPEDA MINAYA	X		X		Inocencia					X		
5	03300315888	IRIS CAROLINA DIAZ PEÑA	X		X								X	
6	40212030841	MANUELA ALTAGRACIA MADERA	X		X		Manuela Mader					X		
7	03400176560	BENITO ESTANISLAO MARTE TORRES		X		X	Benito marte					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	Celeste m.					X		
11	40226398580	LENNIN BLADIMIR MOREL CHAVEZ		X	X		Lennin Morel					X		
12	04500270162	VIANNI MELISSA MOREL GARCIA	X		X		Vanni Morel					X		
13	03400553768	YUNELIS DEL CARMEN PEREZ MERETE	X		X		Yunelis Perez					X		
14	03400305466	MAGALIS PEÑALO BAEZ	X			X	Magali Peñalo					X		
15	40222203461	YESSIKA EUGENIA REYES CABRERA	X		X								X	
16	40225937115	SCARLET ROSAURA REYES VENTURA	X			X	Scarlet Reyes					X		
17	03400568980	JAHNY RODRIGUEZ LIRIANO	X			X	Johnny Rodri					X		
18	03400537597	MIGUEL EDUARDO RODRIGUEZ RODRIGUEZ		X	X		Miguel Rodri					X		
19	40223459617	KARLA DEYANIRA ROJAS CID	X		X		Karla Rojas Cid					X		
20	03400475277	BRISLEYDI MABEL SANTOS RAMOS	X		X		Brisleydi Santos					X		
21	03400428219	ELIANA MAGDALENA VARGAS MEDRANO	X		X		Eliana Varga					X		
22	03400580290	DAHIANA MARIA VILLAMAN FRANCISCO	X		X		Dahiana V.					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

*[Signature]*  
Contratante de la Empresa

*[Signature]*  
Facilitador(a)

*[Signature]*  
Asesor(a)

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



REC 06-03-23	
REGISTRADA	
VERIFI 06-03	NICHO <i>[Signature]</i>
FECHA	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.

FECHA DE INICIO		06-03-23	
FECHA DE TÉRMINO			
VERIFICACIÓN	FECHA	FECHA	FIRMA
06-03			
VERIFICACIÓN ORIGINAL			
FECHA		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 INICIO	
28-03	[Firma]
FECHA	FIRMA
VERIFICACIÓN FINAL	
FECHA	FIRMA

L 383  
F 177