

Nombre de la Actividad: **Calidad de los Servicios de Salud**

Área Responsable: División de Recursos Humanos Código: 3.2.1.1.01

Fecha: 7/03/2023

Modalidad: Virtual: Presencial:

Hora: 8:00 A.M.

Lugar/Plataforma: Salón de Enfermería



Participantes

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Dr. Daniel Patricio	Atención al usuario	Facturación	[Firma]	olone25love@gmail.com
Remedios Montero	Procesos	Historia clínica	[Firma]	
Ana Gabriela Jara C.	Atención directa	Md de enfermería	[Firma]	anagabriela.jara98@gmail.com
Gerardo G. Román Soto	Dir. enfermería	Md aux. enfermería	[Firma]	rs20soto@gmail.com
Polina de Lima	Atención Directa	Nx de enfermería	[Firma]	guaitra@gmail.com
Shayn Vargas P.	Tec Rx	Imágenes	[Firma]	ayulmargolis@gmail.com
Patricia M. Vera E.	Atención	IPAU	[Firma]	829-965-3235
Georgina Gu. Sol.	At. Enfermería	M2	[Firma]	829 308 1364
Edwin J. Villalón Jara	En. Facturación	Facturación Salud Andina	[Firma]	809 996-6938
Ramona Nydia Romero	Salud	Maternidad (IDAN)	[Firma]	809-654-8321
Komayra Suroson	Secretaría	Seguimiento	[Firma]	aymavisu 809-398-1633

Participantes

Nombre	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Gracielle Vargas	Asesoración	Imágenes	Gracielle V	gracielle.vargas.337@gmail.com
Stony Francis Costa	Interno	Enfermería	Stony	809-827-8994
Romero Casuso	Recep	Nutrición	Romero	
Floreangel Turbi Mateo	Interna	Enfermería	Floreangel	829-571-8038
Yajaira Callao	DiTilador	FARMACIA	Yajaira	
Islande Alexis	interna	Enfermería	Islande	islandalexis@gmail.com
Rosa E. Hernández	Secretaria	Cardiología	Rosa E. H.	809)404-1507
Pedro Feliz Seguro	soporte	soporte tecnico	Pedro Feliz	pedroseguro06@gmail.com

REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Idigo de la Acción Formativa: 20230703036
 mbre de la Acción Formativa: CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL
 titución / Empresa:

Fecha de Inicio: 05/03/2023
 Fecha de Término: 05/03/2023
 Domingo
 08:00-16:00
 Total Horas Programadas: 8

A Pagar:

ilitador(a):
 IAM JOSELYN PEREZ JOSE

Número de Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel	Participantes					Resultado	
		F	M	OP		MM/G	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		Fecha
0011457917	RAMONA AYALIBI CARRASCO SANCHEZ	X										
00119215002	STEFANY FRANCIS CASTRO	X										
00113640916	JOHAYRA YESENIA COLLADO ESPINOSA	X										
00800100620	POLONIA DE JESUS SANTOS	X										
00119212645	JENNIFFER ALEXANDRA DE LOS SANTOS SENCION	X										
00103745030	JEORGINA ENCARNACION SOLIS	X										
01900177575	PEDRO ANTONIO FELIZ SEGURA		X									
00102765963	ROSA ESTHER HERNANDEZ MARTINEZ	X										
00100361997	PETRONILA MERCEDES LORA ENCARNACION	X										
40212061267	ANA GABRIELA LUCAS CAMPUSANO	X										
40229150814	LUIS DANIEL PATROCINO ADAMES			X								
40229917451	FERNANDA GRABRIELA RAMIREZ SUERO	X										
40212217869	FLORANGEL TURBI MATEO	X										
01900147016	SHAILYN ANGELICA URBAEZ PERDOMO	X										
40229902628	SCARLETTE VARGAS RAMOS	X										
00101325918	ROMELINDA VICTORIANO JIMENEZ	X										
00108332412	EDWIN ALEXANDER VILLALOMA AVALO		X									

Número de Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo	Nivel	Firma Asistencia de los Participantes					Resultado	
				Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		
	Romana	X								
	Stefany	X								
	Solymar	X								
	Polonia	X								
	Jennifer	X								
	Severina	X								
	Pedro	X								
	Rosa	X								
	Petronila	X								
	Ana	X								
	Luis	X								
	Fernanda	X								
	Florangel	X								
	Shailyn	X								
	Scarlette	X								
	Romelinda	X								
	Edwin	X								

Certificado: Físico Web

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

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

Facilitador(a)
[Handwritten Signature]



Actividad: Calidad de los Servicios de Salud 7/3/2023

