



Informe de Avances SISMAP Gestión Pública



Institución: INCART

Fecha: 27/08/2024

Responsable: Mary Lenny Feliz

Correo Electrónico: Maryfeliz.incart@gmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio.	Julio	Logrado	
2	Inducción a la Administración Pública Nivel II	Septiembre	En Proceso	
3	Inducción a la Administración Pública Nivel III	Octubre	En Proceso	
4	Ética, Deberes y Derechos del Servidor Público	Abril	Logrado	
5	Contabilidad Gubernamental	Noviembre	En Proceso	
6	Desarrollo De Competencia Liderar Con El Ejemplo	Junio	Logrado	
7	Inducción a la Administración Pública Nivel I	Septiembre	En Proceso	
8	Compras y contrataciones publicas	Agosto	En Proceso	
9	Interpretación de la Norma ISO 9001:2015	Agosto	En Proceso	
10	Introducción a las Normas ISO 9000	Agosto	En Proceso	
11	Manejo de cura de heridas	Julio	Logrado	
12	Anticuerpos Monoclonales en cáncer de pulmón: Manejo de entorno hospitalarios.	Mayo	Logrado	
13	Power BI	Septiembre	En Proceso	
14	Hemovigilancia Enfocada en la Sección de Donante	Abril	Logrado	
15	Excel Intermedio	Mayo	Logrado	
16	Excel Avanzado	Marzo	Logrado	
17	Sistema XHIS y XFARMAS.	Febrero	Logrado	
18	Manejo Efectivo del Tiempo	Mayo	Logrado	
19	Relaciones Humanas	Septiembre	En Proceso	
20	Manejo de Conflictos	Abril	Logrado	
21	Inteligencia Emocional	Febrero	Logrado	
22	Gerencia de Impuestos.	Abril	Logrado	
23	Primeros Auxilios	Marzo	Logrado	
24	Supervisión Efectiva	Junio	Logrado	
25	Conectores de bajantes para alimentación enteral y Parental.	Junio	Logrado	
26	El papel de las enfermedades en la Referencia Temprana del Cáncer.	Mayo	Logrado	
27	Inducción al Cáncer de Pulmón	Febrero	Logrado	
28	Salud y Seguridad Ocupacional	Junio	Logrado	
29	Trabajo en Equipo	Mayo	Logrado	
30	Comunicación Efectiva	Julio	En Proceso	

Cantidad Eventos formativos contenidos en
54

Programas Logrados
33

%
61

- 1- En la columna "Programa de Capacitación" después de seleccionar y copiar las acciones formativas pegarán, sólo los eventos formativos que están contenidos en el Plan de Capacitación.
- 2- En la columna "Estatus" seleccionará la opción logrado si es el caso.
- 3- En la columna "observación" explicar la razón de la no ejecución de la acción.

31	Humanización de los Servicios de Salud	Enero	Logrado	
32	Bioseguridad Hospitalaria	Febrero	Logrado	
33	Movilización de Pacientes Hospitalizados y/o Ambulatorios	Julio	En Proceso	
34	Programa de mejora de procesos en la unidad de compras	Mayo	Logrado	
35	Manejo efectivo de productos químicos de limpieza hospitalaria	Octubre	En Proceso	
36	Gestión Estratégica de Recursos Humanos	Abril	Logrado	
37	Oratoria y Maestría de Ceremonias	Abril	Logrado	
38	Inducción a la Quimioterapia	Abril	Logrado	
39	Auditor Interno de calidad de la Norma ISO 9001	Agosto	En Proceso	
40	Generalidades de Inmunología anticuerpos monoclonales innovadoras para hematología	Marzo	Logrado	
41	Gestores de Instrumental Quirúrgico y Re procesamiento de Dispositivos Médico	Enero	Logrado	
42	Manejo de Bombas Elastómeras	Octubre	En Proceso	
43	Colocación de las Líneas de Ostomias	Marzo	Logrado	
44	Administración Segura de Medicamentos y Hemoderivados.	Noviembre	En Proceso	
45	Sistema de análisis de puntos críticos de peligros (HACCP)	Octubre	En Proceso	
46	Buenas prácticas de manipulación de Alimentos (BHP)	Septiembre	En Proceso	
47	Administración de Windows Server	Julio	En Proceso	
48	Procedimiento de Transmisión y Acto Transfusional	Marzo	Logrado	
49	Introducción a la Administración Financiera del Estado	Agosto	En Proceso	
50	Tanatología	Marzo	Logrado	
51	Reanimación cardiopulmonar (RCP)	Septiembre	En Proceso	
52	Administración Nutricional Parental	Octubre	En Proceso	
53	Ortografía y Redacción	Agosto	Logrado	
54	Higiene de manos y medidas de prevención de infecciones	Marzo	Logrado	


 Responsable Recursos Humanos
 Firma y Sello



CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certificamos que la Sra. **Ana María Marte Guerrero** Cédula de identidad personal No. **001-1703037-9** cursa el PAMSP-Dirección de Contrataciones Públicas V-DGCP en nuestra Institución. Este programa inició el 14 de marzo del 2024 y finaliza el 05 de junio del año 2024, destacando que los participantes que exceden el 20% de ausencias no aplican para poder obtener el certificado.

Esta certificación se expide a solicitud de la parte interesada en Santo Domingo, Distrito Nacional, a los diecisiete (17) días del mes de mayo del año 2024.



Directora de Registro Académico
Santo Domingo, R.D.

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certificamos que la Sra. **Guillermina Lucas** Cédula de identidad personal No. **001-1291906-3** cursa el PAMSP-Dirección de Contrataciones Públicas V-DGCP en nuestra Institución. Este programa inició el 14 de marzo del 2024 y finaliza el 05 de junio del año 2024, destacando que los participantes que exceden el 20% de ausencias no aplican para poder obtener el certificado.

Esta certificación se expide a solicitud de la parte interesada en Santo Domingo, Distrito Nacional, a los diecisiete (17) días del mes de mayo del año 2024.



Directora de Registro Académico
Santo Domingo, R.D.

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certificamos que la Sra. **Lisette Margarita Rodríguez Pérez** Cédula de identidad personal No. **001-0011872-8** cursa el PAMSP-Dirección de Contrataciones Públicas V-DGCP en nuestra Institución. Este programa inició el 14 de marzo del 2024 y finaliza el 05 de junio del año 2024, destacando que los participantes que exceden el 20% de ausencias no aplican para poder obtener el certificado.

Esta certificación se expide a solicitud de la parte interesada en Santo Domingo, Distrito Nacional, a los diecisiete (17) días del mes de mayo del año 2024.



Directora de Registro Académico
Santo Domingo, R.D.

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certificamos que la Sra. **Rosa Margarita Andújar Campillo** Cédula de identidad personal No. **001-0147791-9** cursa el PAMSP-Dirección de Contrataciones Públicas V-DGCP en nuestra Institución. Este programa inició el 14 de marzo del 2024 y finaliza el 05 de junio del año 2024, destacando que los participantes que exceden el 20% de ausencias no aplican para poder obtener el certificado.

Esta certificación se expide a solicitud de la parte interesada en Santo Domingo, Distrito Nacional, a los diecisiete (17) días del mes de mayo del año 2024.



Directora de Registro Académico
Santo Domingo, R.D.

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certificamos que la Sra. **Sandra Ciprián** Cédula de identidad personal No. **010-0004557-3** cursa el PAMSP-Dirección de Contrataciones Públicas V-DGCP en nuestra Institución. Este programa inició el 14 de marzo del 2024 y finaliza el 05 de junio del año 2024, destacando que los participantes que exceden el 20% de ausencias no aplican para poder obtener el certificado.

Esta certificación se expide a solicitud de la parte interesada en Santo Domingo, Distrito Nacional, a los diecisiete (17) días del mes de mayo del año 2024.



Directora de Registro Académico
Santo Domingo, R.D.

Nombre de la Actividad:

Capacitación sobre: Conectores de Bajantes de Alimentaciones Parenteral y Enterales.

Área Responsable:

Fecha: 05/06/2024

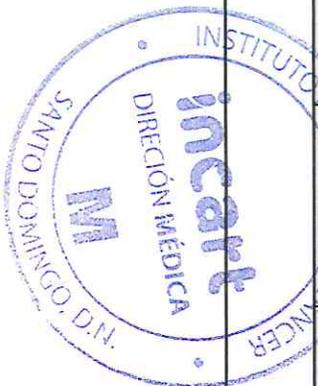
Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 10:00AM

Lugar/Plataforma:

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
<i>F. Los Años</i>	F	002-0145622	Enf. Nut.	Hospital de Capatzen	<i>F. Años</i>	929-295-802
<i>Diana Pérez Dionicio</i>	F	104-0052739	Enf.	4ta Hospitalización	<i>Diana Pérez</i>	829-558-2684
<i>Sagrario Rivas Sánchez</i>	F	00201074172	Enf.	COP Peduliace	<i>Sagrario Rivas</i>	849-917-2509
<i>Dagmar Pérez Fernández</i>	F	00200440669	Enf.		<i>Dagmar Pérez</i>	829-901-5999
<i>Dulce Rita Smetere</i>	F	0020032034	Enf.	4ta Planta	<i>Dulce Rita Smetere</i>	829-715-9977
<i>Magdalena Balón</i>	F	0011303379	Enf.	4ta Planta	<i>Magdalena Balón</i>	809-903-3638
<i>Yelina Sueno Lagarde</i>	F	0010445209-3	Enf.	Química	<i>Yelina Sueno</i>	829-372-5746
<i>Reguladora de los</i>	F	00-14769151	Enf. Nut.	Incarit Nutrición	<i>Reguladora de los</i>	809-848-3430
<i>Graciela Hernández</i>	F	0020129012-6	Enf. UC	UC	<i>Graciela Hernández</i>	809-983-8310
<i>Alma Cecilia</i>	F	005037085-2	Enf. UC	UC	<i>Alma Cecilia</i>	829-9315669
<i>Onaibe pro Felicitad</i>	F	00200636470	Enf. Enf. UC	Hospital Yaulabon	<i>Onaibe pro Felicitad</i>	829-712-7474
<i>Mary VAZPEZ NHA</i>	F	01600150831	Enf. UC	UC	<i>Mary VAZPEZ NHA</i>	825-305-1825
<i>Solange Aek De Jesus</i>	F	001-019958-6	Scop.	Consultorio Estomat	<i>Solange Aek De Jesus</i>	809-141-0584
<i>Yennifer D. Jimenez</i>	F	702-2365363	Scop.	Química	<i>Yennifer D. Jimenez</i>	809-396-3451
<i>Maribel Y. Vargas Abato</i>	F	104-0020719	Enf.	Química	<i>Maribel Y. Vargas Abato</i>	829-610-7148

*Instrucciones de llenador: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



M-X

Nombre de la Actividad:

Capacitación sobre: Conectore de Bajantes de Alimentaciones Parenteral y Enterales.

Área Responsable:

Fecha: 05/06/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 10:00AM

Lugar/Plataforma:

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Rosely Pineda	F	002-0835014	Empire	MILNEER	[Firma]	829-797-2612
Alma Sandoz	F	010-1133594	Empire	DEI	[Firma]	829-797-2612
Yanora Sandoz	F	001-1360843	Empire	Empire	[Firma]	829-797-2612
Yanora Sandoz	F	223-0026587	Empire	Empire	[Firma]	829-797-2612
Holly Sandoz	F	024-091292-9	Empire	Empire	[Firma]	829-797-2612
Sandra Sandoz	F	402-2047518	Empire	Empire	[Firma]	829-797-2612
Yanora Sandoz	F	002-0112294	Empire	Empire	[Firma]	829-797-2612
Yanora Sandoz	F	224-003888	Empire	Empire	[Firma]	829-797-2612

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



M.V.F.



OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICADO

A Berica Polanco

POR HABER PARTICIPADO EN EL CURSO

Diplomado Gestión Humana Estratégica

20 DE Abril DEL 2024

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

Lic. Garibaldi García

FACILITADOR



Lic. Alexis García

DIRECTOR



OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICADO

A Prislis Paloma Rivas

POR HABER PARTICIPADO EN EL CURSO

Diplomado Gestión Humana Estratégica

20 DE Abril DEL 2024

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

Lic. Garibaldi García

FACILITADOR

Lic. Alexis García

DIRECTOR





OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICADO

A Wendy Páez

POR HABER PARTICIPADO EN EL CURSO

Diplomado Gestión Humana Estratégica

20 DE Abril DEL 2024

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

Lic. Garibaldi García

FACILITADOR



Lic. Alexis García

DIRECTOR

Otorga el siguiente

Diploma

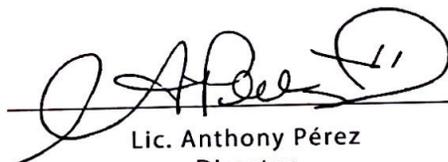
A: *Mary Lenny Feliz Vargas*

Por haber aprobado satisfactoriamente las horas y el programa de estudios requeridos del:

DIPLOMADO EN ORATORIA Y MAESTRÍA DE CEREMONIAS

Por lo cual se pedimos el presente documento, firmado y sellado por la
mano del director para que en virtud de este, sea reconocido como tal.

Dado en Santo Domingo, a los trece (13) días del mes
de abril del año dos mil veinticuatro (2024).


Lic. Anthony Pérez
Director



OTORGA EL PRESENTE:

CERTIFICADO

A: **Sandra Maribel Ciprian**

Por haber terminado y cumplido exitosamente con el plan de estudio de nuestra institución para el programa:

Diplomado en Gerencia de Impuestos

Habiendo culminado con éxito en la fecha:

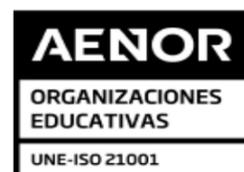
17 abril 2024

Nelson M. Rodríguez G.
CEO & Founder



Vanessa Lorenzo
Directora Académica

Caes Academy un marca certificada en:



Código Certificado:
3536-8296-8232-2799



OTORGA EL PRESENTE:

CERTIFICADO

A: **Sandra Maribel Ciprian**

Por haber terminado y cumplido exitosamente con el plan de estudio de nuestra institución para el programa:

Diplomado en Gerencia de Impuestos

Habiendo culminado con éxito en la fecha:

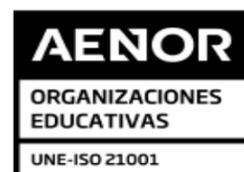
17 abril 2024

Nelson M. Rodríguez G.
CEO & Founder



Vanessa Lorenzo
Directora Académica

Caes Academy un marca certificada en:



Código Certificado:
3536-8296-8232-2799

Código de la Acción de Capacitación: 20240708091
 Nombre de la Acción de Capacitación: MICROSOFIT EXCEL INTERMEDIO
 Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE JAVARES

Fecha de Inicio: 06/05/2024
 Fecha de Término: 20/05/2024
 Total Horas Programadas: 30

A Pagar: 30

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G	C							
1	40239787290	ALEJANDRA ELENIOLA ALCANTARA FELIZ	X		X									X
2	40227008121	YAHIRELIN ARAUJO TAPIA	X		X									X
3	00103195533	YOSANDRIS AZCONA DOMINICI	X		X									X
4	00117482018	JUANA CONCEPCION CONTRERAS ALMONTE	X		X									X
5	00116545294	JOHAN MANUEL CUEVAS POLANCO	X		X									X
6	40227438211	CRISTOPHER JUNIOR ESPERTIN CRUZ		X										X
7	01000724987	MARLENDY CESARINA FELIZ PINEDA	X				X							X
8	00110905688	YANET TERESA FORTUNATO RIVERA	X		X									X
9	08700153896	SILVESTRE GARCIA CRUZ		X			X							X
10	00201355690	NANCY GERMAN JIMENEZ	X		X									X
11	05300178240	MARIA CATALINA INFANTE	X		X									X
12	01100304805	NELSON SALVADOR LEBRON GUZMAN		X			X							X
13	00116221417	BRIGIDA MARTE HEREDIA	X		X									X
14	40210149874	GEORGINA NAVDELIS MATEO DIAZ	X		X									X
15	40212044016	ANTONELLA MEDINA CASTILLO	X		X									X
16	40210104089	CHANTAL MENDOZA VILLA	X		X									X
17	22800008391	GLORYS LIBERTAD PEREZ SANTOS	X		X									X
18	01200957775	LETICIA RAMIREZ NUÑEZ	X		X									X
19	08700176467	DULCE ESPERANZA SALCEDO FRIAS	X		X									X
20	22303084492	LISBETH RAQUEL SURELY SALCEDO VENTURA	X		X									X
21	40222033124	NATALIA ROCIO SANTANA RODRIGUEZ	X		X									X
22	40230159381	JEAN CARLOS SANTOS ROSARIO	X		X									X
23	00108104365	ANA LUCIA UBRI BAEZ DE JAMES	X		X									X
24	22500210084	RODOLFO ANTONIO UREÑA JIMENEZ	X		X									X
25	40227027303	JULIO ANDRES VOLQUEZ FELIZ	X		X									X
Total			18	7	21	1	4							3

Observaciones:

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

Asesor(a)

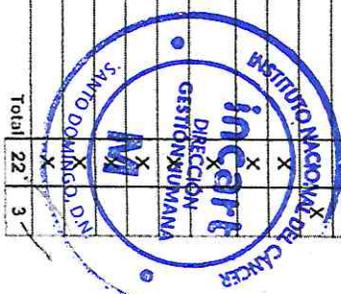
Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.

[Signature]
Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

[Signature]
Asesor(a)

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



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

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

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe 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

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 correspondá.

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.

20240706091

No.	Nombre	Apellido(s)	Usuario	For	Tar	Total del curso (Real)																													
1	ALEJANDRA ELENIELA	ALCANTARA FELIZ	40239787290	5	20	5	10	5	20	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	100	
2	YAHIRELIN	ARAUJO TAPIA	40227008121	5	0	5	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
3	YOSANDRIS	AZCONA DE SANCHEZ	00103195533	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	
4	JUANA CONCEPCION	CONTRERAS ALMONTE	00117482018	5	18	5	6	5	20	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	89	
5	JOHAN MANUEL	CUEVAS POLANCO	001165545294	5	18	5	10	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	93	
6	CRISTOPHER JUNIOR	ESPERTIN CRUZ	40227438211	5	18	5	10	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	98	
7	MARLENDY CESARINA	FELIZ PINEDA	01000724997	5	17	4	9	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	92	
8	YANET TERESA	FORTUNATO RIVERA	00110905668	5	20	4	10	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	99	
9	SILVESTRE	GARCIA CRUZ	08700153898	5	17	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	
10	NANCY	GERMAN JIMENEZ	00201355690	5	20	5	8	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	98	
11	MARIA CATALINA	INFANTE DE CRUZ	05300178240	5	20	5	10	4	20	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	95	
12	NELSON SALVADOR	LEBRON GUZMAN	01100304805	5	15	5	7	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	80	
13	BRIGIDA	MARTE HEREDIA	00116221417	5	20	5	10	5	16	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	90	
14	GEORGINA NAYDELIS	MATEO DIAZ	40210149874	5	17	4	0	5	0	5	23	2	23	2	23	2	23	2	23	2	23	2	23	2	23	2	23	2	23	2	23	2	23	61	
15	ANTONELLA	MEDINA CASTILLO	40212044016	5	20	5	10	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	70	
16	CHANTAL	MENDOZA VILLA	40210104069	5	20	4	10	5	20	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	99	
17	GLORYS LIBERTAD	PEREZ SANTOS	22800006391	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	
18	LETICIA	RAMIREZ NUNEZ	01200957775	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	
19	DULCE ESPERANZA	SALCEDO FRIAS DE ABREU	08700176467	5	20	5	10	5	20	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	100	
20	LISBETH RAQUEL SURELLY	SALCEDO VENTURA	22300306432	5	20	5	10	5	20	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	100	
21	NATALIA ROCIO	SANTANA RODRIGUEZ	40222033124	5	20	5	9	4	17	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	88	
22	JEAN CARLOS	SANTOS ROSARIO	40230150381	5	20	5	10	5	20	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	5	25	100	
23	ANA LUCIA	UBRI BAEZ	00108104365	5	17	5	10	5	19	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	5	18	89	
24	RODOLFO ANTONIO	URENA JIMENEZ	22500221084	5	20	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86	
25	JULIO ANDRES	VOLQUEZ FELIZ	40227027303	5	20	3	10	5	20	0	15	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	5	23	86	
																																			83

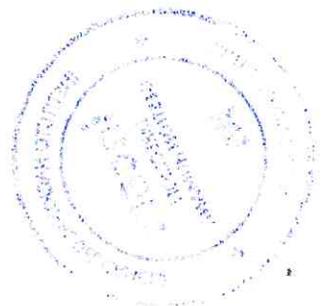
INFORME
 Director Regional M...
 Director de Gestión y Evaluación
 Valledupar

[Handwritten Signature]

Misel Macabera

[Handwritten Signature]





Nombre de la Actividad: **TEMA: "Anticuerpos Monoclonales en Cáncer de Pulmón: Manejo en el Entorno Hospitalario"** a cargo de la Dra. Ivette Rodríguez, Encargada del División de Oncología médica.

6ta Jornada científica de enfermería.

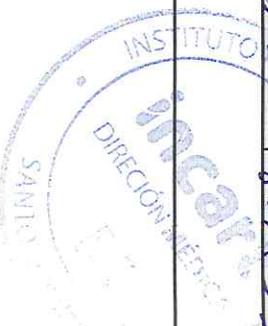
Área Responsable: _____ Fecha: 10/05/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial Hora: 10:00am

Lugar/Plataforma: _____

Participantes						
Nombre	Sexo (E/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Richard J. Rodríguez	M	223-0736615-4	Encargado	Ciudad Estezote	[Firma]	alprodel@191a.com
Richard Rodríguez	M	44-888895	Asesor	Ciudad Estezote	[Firma]	rodriguezr@191a.com
Elson Rodríguez	M	402-37008744	Asesor	Ciudad Estezote	[Firma]	rodriguezr@191a.com
Carla E. Maceo	F	018-0016447	5 enfermera	Ciudad Estezote	[Firma]	carla.1902@gmail.com
Yelisec Ayala	F	001-44901136	Asesor	Ciudad Estezote	[Firma]	ayalayelisec@gmail.com
Yanet Piel-Felipe	F	00200636470	Asesor	Hospitalización (onc)	[Firma]	yanet.felipe@191a.com
Yohana Piel-Felipe	M	010-0574410	Asesor	Hospitalización	[Firma]	Yohana.Piel@191a.com
Yohan B. Piel-Felipe	F	402-20444516-5	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	YohanB.Piel@191a.com
Yolka Rodríguez	F	223-0034003	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	Yolka.Rodriguez@191a.com
Yomara E. Rodríguez	F	00201074176	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	YomaraE.Rodriguez@191a.com
Yolanda Rodríguez	F	0710000722	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	Yolanda.Rodriguez@191a.com
Yolanda Rodríguez	F	06800370832	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	Yolanda.Rodriguez@191a.com
Paula Rosa Jacinto	F	1040001911-9	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	Paula.Rosa@191a.com
Yosemil Semerós	F	004054466-5	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	Yosemil.Semerós@191a.com
Yolanda Rodríguez	F	001013566-8	Enfermera	Hospitalización	[Firma]	Yolanda.Rodriguez@191a.com

Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



M. P.

Nombre de la Actividad:

TEMA: "Anticuerpos Monoclonales en Cáncer de Pulmón: Manejo en el Entorno Hospitalario" a cargo de la Dra. Ivette Rodríguez.

6ta jornada

Área Responsable:

Fecha: 10/05/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 10:00am

Lugar/Plataforma:

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Accelina De Soto	F	72300213554	Explicar	UFAR	Accelina	8295464334
Mary E. Miranda	F	00101301721	Explicar	CIYA	Miranda	8298871913
Prof. E. Alvarado	F	001-0967350-9	Explicar	Unidad de Oncología	Prof. Alvarado	-
GEORGINA PITREDOU	F	223-0102019-0	Explicar	Unidad de Oncología	GEORGINA PITREDOU	849-280-5009
Mary Leidy Dron Pérez	F	902-2658304-2	Explicar	Unidad de Oncología	Mary Leidy	-
Altagracia Alvarado	F	01720194400	Explicar	Unidad de Oncología	Altagracia	649-919-2429
Rosal Comenillo	F	0021055951	Explicar	Unidad de Oncología	Rosal	8294722151
Yenny Alvarado	F	223-01021638	Explicar	Unidad de Oncología	Yenny	829784790
Geada Quintana	M	00192826116	Explicar	Unidad de Oncología	Geada	8297572663
Yolanda Díaz	F	104-0021015-4	Explicar	Unidad de Oncología	Yolanda	829-610-7108
Amalía Martínez	F	001-13557672	Explicar	Unidad de Oncología	Amalía	829-349-3112
Isabel Villegas	F	00104403563	Explicar	Unidad de Oncología	Isabel	809-853-6920
Yuliana Jimón	F	403-0759918-6	Explicar	Unidad de Oncología	Yuliana	849-650-3651
Olga Olivares	F	002-00236161	Explicar	Unidad de Oncología	Olga	849-278-1590
Oronoe Larrosa	F	002-01970732	Explicar	Unidad de Oncología	Oronoe	809-994-0261
Yolanda González	F	001-13789113	Explicar	Unidad de Oncología	Yolanda	849-923-6306

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

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



M.F.

Nombre de la Actividad: Taller: Inducción a la Quimioterapia

Área Responsable: División de Enfermería

Fecha: 25/04/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

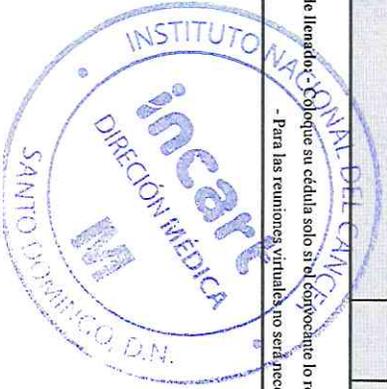
Hora: 10:00am a 1:00pm.

Lugar/Plataforma: Salon Cine del 6to piso.

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Osiris Vargas	F	225-0050876-1	SAEPESTE	UCI		Osiris.vargas@incarcancer.com
Heberdis Del Olivo Moreno	F	22500867407	Asistente Enf.	UCI-gerencia enf.		0094456004
Vilber Fuentes Quevedo	M	001-17-00868-0	Asistente	4to planta área salud		829-787-5978
Yvona Tapia Pineda	F	002-031897-9	Asistente	UNIVERSIDAD		809-628-6977
Stefany José	F	223-0026568-7	Asistente	Odontología		805-601-9283
Elvira Jiménez	M	402-3700874-7	Asistente	Comunidad		829-077-2323
Miris Rodríguez	M	402-2884348	Asistente	Comunidad		829-118-7448
Yesenia Verde Motta	F	075-0027054	Asistente	Comunidad		284-785-2452
Diana Baez	F	104-0025219	Asistente	4ta planta		829-558-2684
Graciela Rodríguez	F	402-2418220-1	Asistente	4ta planta		829-6015420
Ysabella Rodríguez	F	22500298009	Asistente	4ta planta		829-272-6662
Alexandra Balón	F	001-13103329	Asistente	4ta planta		829-265-3638
Yohany Sandoval	M	1540017312	Asistente	4ta planta		809-7576930
José Raúl Naviano	F	001-17858548	Asistente	4to piso		809-38704-78

*Instrucciones de llenado: Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



M.F.



REPORTE EJECUCION DE ACCION DE CAPACITACION

RT-07-PT-ONA-040 Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20240705706
 Nombre de la Acción de Capacitación: GESTION EFICAZ DEL TIEMPO
 Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 17/05/2024
 Fecha de Término: 17/05/2024
 Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Firma Asistencia de los Participantes	Fecha					Resultado C NC	
			F	M	OP	MM/G									
1	00112895248	CLARA IVELISSE BELTRAN DE LOS SANTOS	X			X		<i>C. Beltrán</i>							
2	10400164777	ELISA CASTILLO	X			X		<i>Elisa Castillo</i>							
3	40200641526	RAMON ALBERTO DE VARGAS ALONSO		X			X	<i>Ramon V.</i>							
4	22301547380	JOSE YGNACIO ESPINOSA ROSARIO			X		X	<i>Jose Ygnacio</i>							
5	01000724987	MARLENDY CESARINA FELIZ PINEDA	X				X	<i>Marleudy Feliz</i>							
6	40224397287	ROSELINES MERCEDES MARTE ROSARIO	X				X	<i>Roselines</i>							
7	22500466822	MARIANNY MATEO OROZCO	X				X	<i>Marianny</i>							
8	00115906505	SHAKIEL MARIA NOLASCO BALBI	X				X	<i>Shakiel</i>							
9	40230987378	KARLA NICOLE NOVAS FRANCO	X				X	<i>Karla</i>							
10	40221167972	EVA CRISMELY RAMIREZ POZO	X				X	<i>Eva Ramirez</i>							
11	40208790326	JENISER DESIREE REYES MARINEZ	X				X	<i>Jeniser Reyes</i>							
12	00800188773	JACINTA RODRIGUEZ BAUTISTA	X				X	<i>Jacinta</i>							
13	00116245374	BIANKA ROJAS BALBUENA	X				X	<i>Bianka R.</i>							
14	22300022070	ALEJANDRO VASQUEZ	X				X	<i>Alejandro</i>							
Total			11	3	3		11								

Observaciones:

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

Certificado: Físico Web

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

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe 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

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 nominas 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 mar con una X en el recuadro Web.

Manejo Efectivo del Tiempo.



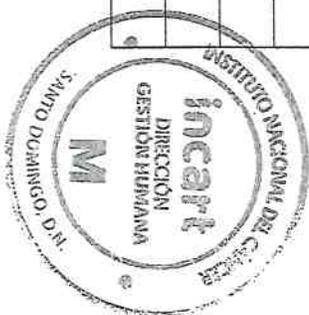


Listado de asistencia del Participante.

Nomenclatura: INAP-FGC-001 Tipo Documento: Formulario Versión: 1 Fecha de Vigencia: 28/01/2019

Código:	03-96-4980-24-01-P	Horario:	09:00 AM / 11:00 AM / 11:11
Curso:	Derechos del Servidor Público	Salón:	Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)
Fecha Inicio:	16/04/2024	Facilitador:	Teodoro Ruiz
Fecha Fin:	16/04/2024	Coordinador:	Rixi Mabo
Días:	Mar / / / /	Institución:	Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)
Modalidad:	Presencial	Total de Horas:	2

No.	Nombres y Apellidos	No.Cédula	Cargo	Grupo	Institución	Teléfono	Genero	Firma	Fir	Fir	Fir	Fir	Calificación
1	Eder Rodolfo Matos Gonzales	"22400471397"	Medico general	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8493538623	M	<i>Tecunna Clara</i>					
2	Ircania Gloribel Clase Ramirez	"40221413814"	Medico general	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8098682075	F	<i>Karmaine M.</i>					
3	Karmaine Montano Jimenez	"00201274016"	Medico general	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8095822283	F	<i>José A. (Fiscal)</i>					
4	Jose Armando Garcia Delgado	"40222995363"	Medico general	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8094081938	M	<i>WABE</i>					
5	Jose Armando Garcia Delgado	"40222995363"	Medico general	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8094081938	M	<i>WABE</i>					
6	Jose Armando Garcia Delgado	"40222995363"	Medico general	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8094081938	M	<i>WABE</i>					
7	Klarel Didiela Soriano Estepan	"0100114766"	Medico general	"Grupo 4"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8295241999	F	<i>WABE</i>					
8	Ilsaura Paulino Vargas	"40223365459"	auxiliar de limpieza	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8097035156	M	<i>Colenis gonzalez</i>					
9	Gilnis Quezada Paulino	"09300540011"	auxiliar de lavanderia	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8093326301	F	<i>Colenis gonzalez</i>					
10	Yassiel Alligracia Moya Wilmon	"00118853712"	auxiliar de limpieza	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8496266899	F	<i>Colenis gonzalez</i>					
11	Carina Morillo Valenzuela	"22301161477"	auxiliar de servicio e la hablacion	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8496577277	F	<i>Carina M.V.</i>					
12	Ruth Esther Valdez	"40209449095"	Recepcionista	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8296580831	F	<i>Ruth Esther Valdez</i>					
13	Geobanny Mora Soriano	"04900542061"	Recepcionista	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8292818169	F	<i>Geobanny Mora Soriano</i>					
14	Kisselis Pamela Garcia Medina	"40224363024"	SECRETARIA	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	8293573176	F	<i>Kisselis Pamela Garcia Medina</i>					
15	Alexandra Belen De Los Santos	"00113103279"	enfermera de atencion directa	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavez (INCCART)	80989633638	F	<i>Alexandra Belen De Los Santos</i>					



16	Victor Perrella Cuevas	"001170038980"	enfermera de atencion directa	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8297875978 M		delia p. c.			
17	Ananyelis Paola Rodriguez Sanchez	"40222187201"	enfermera de atencion directa	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8298045420 F		Roselys			
18	Ladi Roselwyn Mariano Moreno	"001178858546"	auxiliar de enfermeria	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8093870478 F					
19	Mery Wiliany Gomez Ruiz	"22301636837"	auxiliar de enfermeria	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8092892700 F					
20	Armando Robinson Moya	"40222860334"	camillero	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8297730250 M		Amarvelo M			
21	Carlos Espinosa	"40215829975"	Técnico Administrativo	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8294922000 M		Carlos Espinosa			
22	Paola Miosolis Boyer De Leon	"00114430820"	Encargado de Desarrollo Institucional	"Grupo 4"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8098168821 F		Paola Boyer			
23	Yanel Teresa Fortunato Rivera	"00110900666"	Técnico de Planificación	"Grupo 3"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8293311618 F		Yanel			
24	Thomas Baerz Ferreras	"00119276824"	encargado de proyecto	"Grupo 4"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8097618433 M		Thomas			
25	Massel Alcantara	"40233238175"	Recepcionista	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8092892700 F					
26	Elian Familia Terrero	"40237008749"	auxiliar de enfermeria	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8293172325 M					
27	Maryelin Gonzalez	"402258921905"	Secretaria	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8492205794 F		Maryelin			
28	Jeannette Monfilla	"00101736270"	auxiliar de farmacia	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8097126096 F					
29	Florella Abigail Rosario Dipe	"402286931663"	Secretaria	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8097622892 F		Florella-R. Rosario			
30	Rachelle Elianny Preshal Mejia	"40229945874"	Secretaria	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8097628257 M					
31	Domingo Antonio Matos Feliz	"00117590712"	supervisor de facturacion y caja	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8493983825 M					
32	Roselwyn Santiana Mario	"40219888892"	auxiliar de facturacion	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8492576679 F		Roselwyn Santiana			
33	Eliany Esther Raehed Baez	"40211758236"	Secretaria	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8295229465 F					
34	Maritina Solis	"00118475655"	supervisora de reclamaciones	"Grupo 2"	Instituto Nacional del Cancer Rosa Emilia Sanchez Pérez de Taveaz (INCCART)	8293832917 F		maritina's			
Hombres	Mujeres	Discapacitados	Carrera	Contratado	Fijos	Carrera Municipal	Contratado Municipal	Publico General	Ap Robado	Reprobado	Total
12	22	0	0	0	34	0	0	0	0	0	34

Firma Facilitador: 



Charla ética, deberes y derechos del servidor público.



INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
 DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
 Listado de asistencia del Participante. Nomenclatura: INAP-FGC-001 Tipo Documento: Formulario Versión: 1 Fecha de Vigencia: 28/01/2019

Código:	04-253-5453-24-01-P	Horario:	09:00 AM / 01:00 PM
Cursos:	Desarrollo de Competencias Liderar con el Ejemplo	Institución:	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)
Fecha Inicio:	25/06/2024	Facilitador:	Doris Allegracia Solano Cueva
Fecha Fin:	27/06/2024	Coordinador:	Riki Melo
Días:	Martes / Jueves / / /	Institución:	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)
Modalidad:	Presencial	Total de Horas:	8

No.	Nombres y Apellidos	Nº Cédula	Cargo	Grupo	Institución	Firma	Firma	Calificación
1	Ana Marie	"00117030379"	Encargada Jurídica	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
2	Bely Onary Suazo Langrange	"00116552118"	Fianza	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
3	Blanka Roja	"00116245374"	Encargada de hostelería hospitalaria	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
4	BIANNY ROSARIO RODRIGUEZ VALDEZ	"00101345577"	SUBDIRECTORA MEDICA	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
5	Haydee Acevedo	"00100373838"	Encargada de planificación	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
6	Heneriolia Santiana	"01300469604"	Encargada	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
7	Lieslie Rodriguez	"00100118728"	Encargada administrativa	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
8	MARIBEL FELIZ	"00111192546"	ENCARGADA DE TESORERIA	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
9	Mariel Pacheco	"00113300354"	Encargada de patología	Grupo 5"	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz (INCCART)	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	



Desarrollo de Competencias Liderar con el Ejemplo.



Nombre de la Actividad: Taller de Hemovigilancia Enfocada en Donantes

Área Responsable: Departament de Gestió Humana / Banco de Sangre

Fecha: 25/04/2024

Modalidad de la Reunión: Presencial Virtual

Hora: 2:00PM

Lugar/Plataforma: Aula Docente, 6to piso, INCART.

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico
Lorey Ariada Hentzer Lopez	F	402-2348106-6	Bioanalista	Banco de Sangre		loray2418@gmail.com
Erdli Herta Tejeda	F	223-0062112-9	Bioanalista	Banco de Sangre		erdli.fif@bds
Milady Venturas Hortuz	F	0080036104-0	Bioanalista	Banco de Sangre (Incat)		milayemercer@bds
Angela Dinaic Faliz Burg	F	003-0118458-6	Bioanalista	Banco de Sangre		AngelaFaliz@bds
Nancy Carolina Penar	F	1150001550-4	Bioanalista	Banco de Sangre		NancyPenar@bds
Wendell del C. Rosendo	F	052-0011455-0	Bioanalista	Banco de Sangre		wendellrosendo@bds
Maria A. Guerrero	F	002-0123650-0001	Bioanalista	Banco de Sangre		mariaa@bds
Charliza Torres Mon	F	001-1780132-4	Bioanalista	Banco de Sangre (Incat)		charliza@bds
Patricia Cruz Lozano	F	018-0006755-8	Bioanalista	Banco de Sangre (Incat)		patricia@bds
Rudolfina De La Cruz	F	001-1661084-1	Bioanalista	Banco de Sangre (Incat)		rudolfina@bds
Yarelisa Monte	F	001-116122-2	Bioanalista	Banco de Sangre		yarelisa@bds
Denysa Roca	F	001-028554-2	Bioanalista	Banco de Sangre		denysa@bds

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

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



Hemovigilancia Enfocada en Donantes.





REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20240708459

Nombre de la Acción de Capacitación: SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 20/06/2024
 Fecha de Término: 20/06/2024
 Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel			Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G	C	NC						
1	00113984348	VENECIA ALTAGRACIA ALBA GOMEZ	X			X								
2	00111447948	DIOGENES RAFAEL ANDUJAR MENDEZ		X										
3	00114273089	ROSA MARIA BATISTA ROSARIO	X			X								
4	00112926530	LIDIA JOSEFINA BRITO JIMENEZ	X			X								
5	02301631350	NOEMI GUERRERO	X		X									
6	00113908438	YANIRA RAQUEL JIMENEZ ALMONTE	X			X								
7	00109740001	ROSARIO ALTAGRACIA MARINIE REYES	X			X								
8	00116076029	GLENNY ALTAGRACIA MIRABAL ALVAREZ	X			X								
9	00100867746	FRANCELA NUÑEZ GUTIERREZ	X			X								
10	00200120970	JOSE ENRIQUE RODRIGUEZ ALMONTE			X									
11	00113505572	MERCEDES RODRIGUEZ MOLINA	X			X								
12	00116245374	BIANKA ROJAS BALBUENA	X			X								
13	10400169647	YEIMI VINICIA RUIZ RUIZ	X			X								
14	00118778307	WINIFFER MASSIEL SOTO LORENZO	X			X								
Total			12	2	1	13								

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

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

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



Certificado: Físico Web

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

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

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe 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

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.

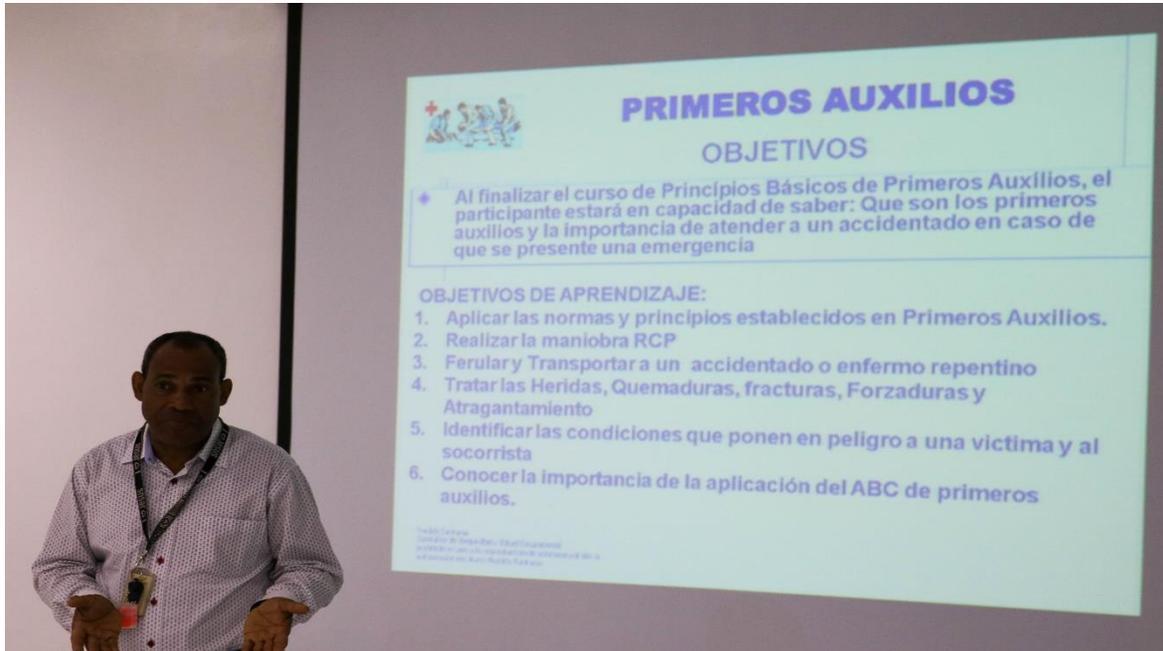
Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

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.

Certificador: 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.

Salud y Seguridad Ocupacional



Código de la Acción de Capacitación: 20240708458
 Nombre de la Acción de Capacitación: SUPERVISION EFECTIVA
 Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 13/06/2024
 Fecha de Término: 13/06/2024
 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	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G	MM/G	MM/G							
1	00118038894	EDWIN BENJAMIN ALMONTE ALMONTE		X		X									
2	00103195533	YOSANDRIS AZCONA DOMINICI	X			X									
3	00114994247	ROLANDO DE LOS SANTOS LORA		X		X									
4	22400148106	RITA KARINA GOMEZ RODRIGUEZ	X			X									
5	00113789713	YODHERNY ELIZABETH GONZALEZ CAMPUSANO	X			X									
6	00103280590	FATIMA R DE LA ALTAGRACI HOLGUIN CRUZ	X			X									
7	00119397396	THALIA ESTEJANY MINAYYA	X			X									
8	00103871935	FRANCISCO MORA ESTEVEZ		X		X									
9	00115990505	SHAKIEL MARIA NOLASCO BALBI	X			X									
10	00113138945	FREDDYS ALCANIER PEREZ FAMILIA		X		X									
11	00119370963	PRISLIS PALOMA RIVAS ARISTY	X			X									
12	01000823342	RONALD ANTONIO SANCHEZ DE LEON		X		X									
Total			7	5		12									

Observaciones: _____
 Legenda: 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 de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe 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

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.

Supervisión efectiva



Nombre de la Actividad: **TEMA: "El Papel de las Enfermeras en la Referencia Temprana del Cáncer". A cargo de: Dr. Carlos Guzmán.**

6ta Jornada

Área Responsable:

Fecha: 10/05/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual

Presencial

Hora: 11:00am

Lugar/Plataforma:

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Yvelisse Aybar	F	-	Sup.	Enfermería	[Firma]	94956130 gnd. en
Sykeles Poiré	F	-	Sup.	Centro Quirúrgico	[Firma]	5042828002-2023
Dasia E. Navarro	F	-	ENF.	Quirúrgica	[Firma]	8940616350 @hotmail.com
Ritland Jero Alís	M	223-913664-1	Enf.	Quirúrgica	[Firma]	079-444-4990
Joselin M. Batista	F	402-2889369-5	Enf.	Quirúrgica	[Firma]	martha.prieto@protonmail.com
Elson Amalio Jovano	M	402-3300874-9	Asistente	Quirúrgica	[Firma]	829-3472325
Queles yessiruep	F	010-0899956-1	Enf.	Hospital Quirúrgico	[Firma]	Quenes-829194@chambers.com
Yessid E. Goyard	F	001-0544466-5	Enf.	Hospital Quirúrgico	[Firma]	yessidgoyard@protonmail.com
Ornaide Fea Feliz	F	00200636470	Enf.	Hospital Quirúrgico	[Firma]	ornaidefeliz@gmail.com
Paula Nova Joaquin	F	004000191E-9	Enf.	Enfermería	[Firma]	844-802-6341
Elmor Jovano	F	06800270832	Enf.	Enfermería UCJ	[Firma]	8299315664
M. N. 185154	F	0100000922	Enf.	Enfermería	[Firma]	999-527-3393
Jovano E. Bayles	F	0080107417-6	Enf.	Enfermería	[Firma]	804-2643160
Diana Espinosa	F	223-0034490-9	Enf.	Quirúrgica	[Firma]	829-546-9334
Adelina N. Jovano	F	223000213354	Enf.	Quirúrgica	[Firma]	adelina.jovano@protonmail.com
Louisy E. Jovano	F	-	Enf.	Quirúrgica	[Firma]	louisy.jovano@protonmail.com

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



M. F.

31	00111331583	ELENA TIBREY CASTILLO	X			X													
32	00104403563	JOSELIN VELOZ DE LOS SANTOS	X			X													
		Total	27	5	6	26													

Observaciones:

Legenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Manos Medias, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica Certificado: Físico Web

Maribel Paredes
Contable de la Empresa

Janet Lopez de Tava
Facilitador(a)

Asesor(a)

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



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

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

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe 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

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 u 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.

Certificador: 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 8

Código de la Acción de Capacitación: 20240704745
Nombre de la Acción de Capacitación: TEABAJO EN EQUIPO
Institución / Empresa: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Fecha de Inicio: 03/04/2024
Fecha de Término: 04/04/2024
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Fecha	Firma	Asistencia de los Participantes	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado										
		F	M	OP	MM/G																			
1	YAJAIRA CHARLENIS ALCANTARA	X		X										X										
2	ERIKA FRANCISCA DE LOS SANTOS ENCARNACION	X		X										X										
3	BRINEYA DE OLEO CUELLO	X		X										X										
4	JHOHARDIS LORENA DEL ORBE MORENO	X		X										X										
5	JACQUELINE DISHMEY JOSE	X		X										X										
6	ELEAZAR TOMAS DISLA MAYI		X	X										X										
7	ELIAN FAMILIA TERRERO		X	X										X										
8	KISSAIRIS PAMELA GARCIA MEDINA	X		X										X										
9	ARLENIS BEATRIZ GIL SANCHEZ	X		X										X										
10	SHAYRA KRISTAL HERNANDEZ GARCIA	X		X										X										
11	CARMEN FANNY LORA TEJEDA	X		X										X										
12	YULENNI LUCIANO RODRIGUEZ	X		X										X										
13	SURENYI ESTHER MARTINEZ BENZAN	X		X										X										
14	SORIMERDA MERCEDES DE JESUS	X		X										X										
15	ELIAS ISABEL MINAYA DEL ORBE	X		X										X										
16	THALIA ESTEJANY MINAYA	X		X										X										
17	ISAUURA PAULLINO VARGAS	X		X										X										
18	SHAIRA JOSELYN PIDIET RODRIGUEZ	X		X										X										
19	DAHIANNA CAROLIN REVNOSO GONZALEZ	X		X										X										
20	CRISEIDA SANCHEZ RODRIGUEZ	X		X										X										
21	JENNIFER SIERRA CARRION	X		X										X										
22	PETRA SUERO OGANDO	X		X										X										
Total												20	2	20	2									

Observaciones:

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



Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Aesor(a)

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

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

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

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe 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

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. Un 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.