

 	Informe de Avances SISMAP Salud	Documento No.: INAP-FOF-029
		Fecha de emisión: 03/07/2024
		Fecha de revisión: N/A
		Versión: 01
Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas		

Hospital Dr. Luis Espailat, Sabana
Institución: Iglesia
 Departamento de Recursos
Responsable: Humanos
Fecha: 16/9/2024
Correo Electrónico: rr.hhhospasabanaiglesia@gmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Induccion a la Administracion Publica Municipal Nivel I	Abril	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartio antes.
2	Induccion a la Administracion Publica Nivel II	marzo	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartio antes.
3	Induccion a la Administracion Publica Nivel III	Febrero	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartio antes.
4	Ley 41-08 De Funcion Publica	Noviembre	En Proceso	corresponde en noviembre
5	Supervicion Efectiva	Octubre	En Proceso	Programada con infotep para el 17 de SEPTIEMBRE
6	Tecnica de Enfermeria	Septiembre	En Proceso	programada con INFOTEP PARA EL 20 DE SEPTIEMBRE
7	Relaciones Humanas	Agosto	Logrado	
8	Manejo Efectivo del Tiempo	Julio	Logrado	
9	Etica, Deberes y derechos del servidor publico	Junio	Logrado	
10	Trabajo en Equipo	Junio	Logrado	
11	Manejo de Residuos	mayo	Logrado	
12	Humanizacion y Compromiso	Mayo	Logrado	
13	Atencion al Usuario	Agosto	Logrado	

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
13

Programas Logrados
10

% de avance
77


 Responsable Recursos Humanos
 Firma y Sello



			Listado de asistencia del Participante.		Nomenclatura: INAP-FGC-001 Tipo Documento: Formulario Version: 1 Fecha de Vigencia: 28/01/2019
---	--	--	---	--	---

Código:	04-1-5000-24-25-P		Horario:	09
Curso:	Inducción a la Administración Pública - Nivel 1		Salon:	A
Fecha Inicio:	2024-04-17		Facilitador:	Ce
Fecha Fin:	2024-04-18		Coordinador:	Ya
Días:	Martes / Jueves / / /		Institución:	Ho
Modalidad:	Presencial		Total de Horas:	15

No.	Nombres y Apellidos	No.Cédula	Cargo	Grupo	Institución	Teléfono	Genero	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma
1	Olga Yasmin Montas Marte	"07300148694"	Bionalista	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8293634428	F	Si	Si			
2	José Bolivar Castro Serrano	"05700076291"	Epidemiologo	"Grupo 3"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8298580298	M	Si	Si			
3	Frederik De Jesús Franco Valerio	"40209402359"	Portero	"Grupo 1"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8094526029	M	Si	Si			
4	Yahaira Genarina Vasquez De Lantigua	"03103936427"	Bionalista	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8096653770	F	Si	Si			
5	Sorciris Ramona Burgos Perdomo	"35000019659"	Bionalista	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8095051803	F	Si	Si			
6	Verónica Peña Almonte De Toribio	"05000002101"	Supervisora de enfermería	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8493306602	F	Si	Si			
7	Yajaira Diaz	"03103569509"	Lic enfermeria	"Grupo 3"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8498676563	F	Si	Si			
8	Thania Natividad Rodríguez Guzmán	"40221711928"	Manejador de Página Web	"Grupo 3"	Hospital Dr. Luis Espailat de Sabana Iglesia	8297185722	F	Si	Si			

9	Nemesis Altagracia Santiago Batista	"35000002937"	Licenciada de enfermería	"Grupo 4"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8293899996	F	Si	Si			
10	Bellaniris Altagracia Burdier Fermin	"03105234854"	Auxiliar de farmacia	"Grupo 3"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8099952764	F	Si	Si			
11	Esperanza Morales De La Cruz	"05700065823"	Enc de enfermería	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8299202602	F	Si	Si			
12	Jean Carlos Hernández Martinez	"06100317145"	Licenciado de enfermería	"Grupo 4"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8097602646	M	No	No			
13	Lisber Rodríguez Hernández	"40115352705"	Encargado de Compras y Contrataciones	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8096423151	F	Si	Si			
14	Daniela Rodríguez	"40215016805"	Contador	"Grupo 4"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8097581597	F	Si	Si			
15	José Luis Díaz Lima	"03104833508"	Lic enfermeria	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8498676563	M	Si	Si			
16	María Cecilia Sosa Hurtado De Grullon	"03103079897"	Lic.enfermeria (triaje)	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8099351381	F	Si	Si			
17	Brenda Maria Nuñez Genao	"40246496224"	Secretaria	"Grupo 2"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8092012659	F	Si	Si			
18	Úrsula Mercedes Cáceres Jiménez De Gálvez	"04900389570"	Enc de cirugía	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8293809867	F	Si	Si			
19	Bernardino Dionicio Franco Rosario	"03102353863"	Conserje	"Grupo 1"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8098520132	M	No	No			
20	Sairis Desiret Arroyo Estevez	"40223238854"	Bioanalista	"Grupo 4"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8099715087	F	Si	Si			

21	Ana Mercedes Disla Perez	"03105110328"	Auxiliar de enfermería	"Grupo 3"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8499156603	F						
22	Victor Manuel Ortiz Peralta	"40211617572"	Auxiliar de enfermería	"Grupo 3"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8298167192	F						
23	Reyna Del Rodriguez Núñez	"03103738864"	Conserje	"Grupo 1"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8297899035	F	Si	Si				
24	Denisse Altagracia Morales Nuñez	"40218330104"	Auxiliar Administrativo	"Grupo 2"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8093894327	F	Si	Si				
25	Xiomara Del Carmen Reyes Rodríguez	"03105103281"	Encargado de Recursos Humanos	"Grupo 5"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8299752144	M	Si	Si				
26	Luis Miguel Luna	"40221827310"	Camillero	"Grupo 1"	Hospital Dr. Luis Espaillat de Sabana Iglesia	8492829368	M	Si	Si				

Hombres	Mujeres	Discapacitados	Carrera	Contratado	Fijos	Carrera Municipal	Contratado Municipal	Publico General	Aprobado	Reprobado	Tota
7	19	0	0	3	23	0	0	0	22	4	26

Firma Facilitador	Firma Coordinador
_____	_____

Nombre de la Actividad:

HMSDLE 3.2.1.1.01 Ejecucion Plan de Capacitacion SRS-2024 (Induccion a la Administracion Publica Nivel D).

Área Responsable: Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Y Departamento de Recursos Humanos

Fecha: 17/4/2024 / 18/04/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 9:00am - 1:00pm. 2:00am-5:30pm

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Therion Rodriguez	F	902-217152-8	ERC-Rodriguez	Hosp. Dr. Luis Espaillet	[Firma]	029-5057239
Esperanza Morales	M	057-0006582-3	Enc. de Esp. Hrg.	Dr. Luis Espaillet	Esperanza Morales	029-9202602
Wendy Alfré Santiago B.	F	350-000243-7	Ent.	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Wendy Santiago	829-383-9996
Wendy Carrero	F	049-0038952-0	Coord.	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Wendy Carrero	829-3803867
José Luis Nieto C.	M	031-0483358-8	ENF.	Hosp. Dr. Luis Espaillet	[Firma]	849-867-6543
Sonia Diaz et Arroyo	F	402-2323885-9	Gerencia	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Sonia Diaz	029-718-5722
Albaína Martínez	F	031-0393042-7	Gerencia	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Albaína Martínez	849-280-6779
Mayra Díaz	F	031-0356950-9	Lic. Ent.	Dr. Luis Espaillet	Mayra Díaz	849-343-9976
Belenis Alf. Bander	F	031-0523465-4	Quir. Formar	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Belenis Bander	(809) 945-7764
Yegenia Gira Arment	F	350-0000210-1	Lic. Ent.	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Yegenia Gira	849-3306602
Clay McEntag	F	073-0004494	Psicóloga	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Clay McEntag	829-3634428
Frederik Franco	M	402-0940235-9	Camillero	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Frederik	809-452-6029
Brenda Maria Muñoz	F	402-4609622-4	Asistente	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Brenda	809-202659
José Zolimar Castro	M	057-0067629-1	Coord. de Esp. Hrg.	Hosp. Dr. Luis Espaillet	José Zolimar Castro	829-8580298
Wendy R. Blugo P.	F	350-0001965-9	Gerencia	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Wendy Blugo	809-505-1803
Luis Luna	M	402-217371-0	Com. Info	Hosp. Dr. Luis Espaillet	Luis Luna	849-282-9368

*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.



Xiomara Reyes

[illegible]

Xiomara Reyes



Nombre de la Actividad:

HMDLE 3.2.1.1.01, Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 (Manejo de Residuos)

Área Responsable: Infolep y el Departamento

Fecha: 2/5/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 8:00am.

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Denisse Morales	F	402-18330104	aux adm	HOSP DR. Luis Esquivel	Denisse	809-382-4327
Ramona Rojey	F	031-03734814	conserje	Hosp DR Luis Esquivel	Ramona	809-789-9035
Altagracia Cruz	F	031-047-85966	cocina	Hosp DR Luis Esquivel	Altagracia	809-628-5034
María Ramona Estrella	F	035-0013331	conserje	HOSP. CAPITAL SAN MIGUEL	maria estrella	509-6933-2546
SANTIA	F	031-02334448	conserje	HOSPITAL DR. Luis Esquivel	SANTIA	809-798-2425
DR. JUAN	F	080047143-1	conserje	HOSPITAL DR Luis Esquivel	DR. JUAN	809-444-4811
Albanelly González	F	402-20489476	conserje	HOSP. DR Luis Esquivel	Albanelly	809-884-1330
Brenda Nadeau	F	4024649624	conserje	HOSP. DR Luis Esquivel	Brenda	809-2017659
Kiomara del C. Reyes	F	031-0510325-1	ENC-RA. RA. RA	HOSP. DR. Luis Esquivel	Kiomara	809-935-2144
Juan Pablo Hatten	M	031-02758020	plumero	HOSP. DR Luis Esquivel	Juan Pablo	8097816045
DAVID H	F	031-01738784	Despensa	HOSP. DR Luis Esquivel	DAVID H	8295681051
Valentin Hernandez	M	0530303045-6	Referencial	HOSP. DR Luis Esquivel	Valentin	809-509-9056
Daniel TORO	M	094-0021950-5	Biomista	HOSP. DR. Luis Esquivel	Daniel	809-291-2442
Sonia Gómez	F	031-0482335-0	Administrativa	HOSP. DR. Luis Esquivel	Sonia Gómez	8096081417
Darcenis Pinales Tineo	F	402-3713650-8	Secretaria	DR. Luis Esquivel	Darcenis	829-348-5797
Isabel Diles	F	093-0010044-3	Secretaria	HOSP. DR. Luis Esquivel	Isabel Diles	809-442-2220

*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.



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-0402023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 2024 100 5719
Nombre de la Acción de Capacitación: Manejo de Residuos Hospitalarios
Institución/ Empresa: Hospital Municipal Dr. Ben Céspedes
Facilitador(a): Rudolfini Magaña

Fecha d: inicio: 09/04/2024
Fecha d: término: 05/05/2024
Horario: 8:00 a 4:30 PM
Total Horas Programadas: 8 A pagar 8

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO		NIVEL	FEC IA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
			F	M							C	N/C
1	094 0510 3281	Xiomara del C. Reyes	X		X	Xiomara					X	
2	402 46496254	Brenda María Nájera	X		X	BMN					X	
3	093 00138310	María Rómulo W. R.	X			María R.					X	
4	031 02735020	Juan Pablos Placencia		X	X	JPP					X	
5	402 1833 0104	Dénisse M. Morales N.	X		X	Dénisse					X	
6	031 01778789	Angelina Fernández	X		X	Angelina					X	
7	053 00306486	Valentín Hernández		X	X	Valentín					X	
8	014 00219565	Daniel Toibio		X	X	Daniel					X	
9	031 0482 3350	Sonia Gómez	X		X	Sonia G.					X	
10	402 37136305	Raúl Pineda Tena	X		X	R.D. Tena					X	
11	093 00164443	Josefina de A. S.	X		X	JA. A.S.					X	
12	093 00471431	Elizabeth Santos	X		X	ESANTOS					X	
13	031 01785966	Adriana Cruz	X		X	A. Cruz					X	
14	031 03375864	Regina del Carmen R.	X		X	Regina					X	
15	402 2048 9476	Albany González	X		X	Albany					X	
16	031 0133 5448	Santa Sánchez Lora	X		X	SSL						
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
Totales			13	4	2						14	

Leyendas:

F= Femenino, M= Masculino, OP= Operario, MM= Mandos Medios, G= Gerente, Resultado, C= Califica N/C= No aplica

Certificado Físico ☐ Ver
OBSERVACIONES:

☐ La cédula de la participante #14 es 031 03735864

Xiomara Reyes Rudolfini Magaña

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o 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 cojejo 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.

INFOTEP	
DIVISIÓN DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS	
28/5/2014	FICHA DE ENTRADA
29/5/2014	FICHA DE CIERRE
402	432
LIBRO	FOLIO

SOLICITUD DE SERVICIO

Dirección Regional CIBAO NORTE

Fecha 18/04/2024

Empresa Solicitante HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUI Teléfono 829-975-2144

Vía de Recepción de la Solicitud LLAMADA TELEFONICA

Nombre de Director(a) o Presidente _____

Dirección de la Empresa Calle Principal No.10, Sabana Iglesia

Email rr.hhhospsabanaiglesia@gmail.com

No. Empleados 130

RNC de la Empresa Sector Económico 430039276

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE SOLICITA

Nombre(s) y Apellido (s)

Lic Xiomara Reyes

Cargo ENC. RECURSOS HUMANOS

Asesor Designado _____

Miguelina Dig

Firma del Encargado/a _____

HEC

Fecha

18/4/2024

Acuerdos en el contacto inicial con la empresa:

Representante Empresa

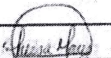
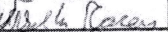
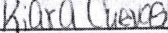
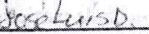
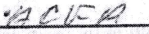
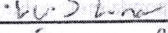
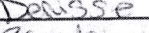
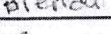
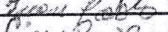
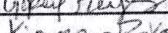
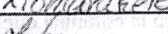
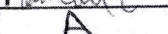
Asesor

Fecha

Código de la Acción de Capacitación: 20241006023
Nombre de la Acción de Capacitación: COMPROMISO Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 26/05/2024
Fecha de Término: 26/05/2024
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

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	03104877364	LUISA MARIA ALMONTE MOREL	X		X							X		
2	04900389570	URSULA MERCEDES CACERES JIMENEZ	X		X							X		
3	40229152182	KIARA CUEVAS ROSARIO	X		X							X		
4	03104833508	JOSE LUIS DIAZ LIMA		X	X							X		
5	03101778789	ANGELA DEL CARMEN FERNANDEZ ADAMES	X			X						X		
6	05000105121	EUSTAQUIA GUTIERREZ PLASENCIA	X			X						X		
7	40221827310	LUIS MIGUEL LUNA		X	X							X		
8	05700065823	ESPERANZA MORALES DE LA CRUZ	X			X						X		
9	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X		X							X		
10	40246496224	BRENDA MARIA NUÑEZ GENAO	X		X							X		
11	03102758020	JUAN PABLO PLACENCIA MORALES		X	X							X		
12	09700294037	GIPSY PRISCILA REYES DE LA NUEZ	X		X							X		
13	03105103281	XIOMARA DEL CARMEN REYES RODRIGUEZ	X			X						X		
14	40215352705	LISBER RODRIGUEZ HERNANDEZ	X			X						X		
15	40221466713	MARIA YULEISY RODRIGUEZ MARTE	X		X							X		
16	03103738864	REYNA DEL CARMEN RODRIGUEZ NUÑEZ	X		X							X		
17	40225586607	YESICA MARIA RODRIGUEZ TORIBIO	X		X		A						X	
18	03105645471	ALBANIA TORIBIO NUÑEZ	X		X		A						X	
Total			15	3	13	5						Total	16	2

Observaciones:

Legenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

NC = No califica

Certificado: Físico ☒ Web ☐

Xiomara Reyes
Contraparte de la Empresa

Marleni Ramirez
Facilitador(a)

[Firma]
Asesor(a)

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

INFOTEP	
DIVISIÓN DE REGISTRO Y ESTADÍSTICAS	
04-06-24	FECHA DE ENTRADA
14-06	FECHA DE CIERRE
404	FOLIO

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 coitejo 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 empresa 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 descada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcara con una X en el recuadro Web.

Código de la Acción de Capacitación: 20241006023
Nombre de la Acción de Capacitación: COMPROMISO Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 26/05/2024
Fecha de Término: 26/05/2024
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

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	03104877364	LUISA MARIA ALMONTE MOREL	X		X							X		
2	40237366170	PAULINA MARIA BLASCO GARCIA	X			X							X	
3	04900389570	URSULA MERCEDES CACERES JIMENEZ	X		X							X		
4	40229152182	KIARA CUEVAS ROSARIO	X		X							X		
5	03104833508	JOSE LUIS DIAZ LIMA		X	X							X		
6	03101778789	ANGELA DEL CARMEN FERNANDEZ ADAMES	X			X						X		
7	40209402359	FREDERIK DE JESUS FRANCO VALERIO		X	X							X		
8	04900360001	HERIBERTO GERMOSEN		X	X							X		
9	05000105121	EUSTAQUIA GUTIERREZ PLASENCIA	X			X						X		
10	40221827310	LUIS MIGUEL LUNA		X	X							X		
11	05700065823	ESPERANZA MORALES DE LA CRUZ	X			X						X		
12	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X		X							X		
13	40246496224	BRENDA MARIA NUÑEZ GENAO	X		X							X		
14	03102758020	JUAN PABLO PLACENCIA MORALES		X	X							X		
15	09700294037	GIPSY PRISCILA REYES DE LA NUEZ	X		X							X		
16	03105103281	XIOMARA DEL CARMEN REYES RODRIGUEZ	X			X						X		
17	88180913122	LISBETH JOSEFINA RIVAS GOMEZ	X			X							X	
18	40215352705	LISBER RODRIGUEZ HERNANDEZ	X			X						X		
19	40221466713	MARIA YULEISY RODRIGUEZ MARTE	X		X							X		
20	03103738864	REYNA DEL CARMEN RODRIGUEZ NUÑEZ	X		X							X		
21	40225586607	YESICA MARIA RODRIGUEZ TORIBIO	X		X								X	
22	03105645471	ALBANIA TORIBIO NUÑEZ	X		X								X	
Total			17	5	15	7						Total	18	4

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.



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241006023

Fecha de inicio: 26-05-24

Nombre de la Acción de Capacitación: Compromiso y humanización

Fecha de término: 26-05-24

Institución/ Empresa: Hospital Municipal de Salavaleja

Horario: 8 A 16:00

Facilitador(a): Marleni Ramirez

Total Horas Programadas: 8

A pagar 8

	PARTICIPANTES		SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
							26/05/2024						
No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firmas asistencias de los participantes					C	N/C
1	94900360001	Heriberto Germosen		X	X		Heriberto Germosen					X	
2	40209402359	Frederick Franco V		X	X		Frederick Franco					X	
3	402-37306170	Yuliana Maria Boscas		X		X	—						X
4	88180912122	Evelin Sofía Lora G		X		X	—						X
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
Totales			2	2	2	2						2	2

Legendas:

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

Certificado Físico ☒ Web ☐

OBSERVACIONES:

Xiomara Reyes

Contraparte de la Empresa

Marleni Ramirez

Facilitador(a)

[Signature]

Asesor(a)

[Signature]

Encargado(a) de División o Depto.

Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040:2023

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.

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 Programadas: 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 marca con una X 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 total de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

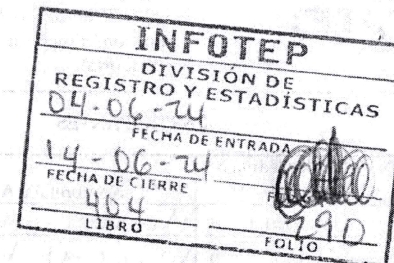
Empresa: Se escribe la firma de la contraparte de la empresa.

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.

Encargado de División o Depto.: El encargado responsable de la division o 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 marcara con una X en el recuadro Web.



Nombre de la Actividad: HMSDE 3.2.1.1.01 Ejecucion Plan de Capacitacion SRS-2024 (Trabajo en Equipo).

Área Responsable: Instituto Nacional de formación Técnico Profesional (INFOTEP) Y Departamento de Recursos Humanos.

Fecha: 4/6/2024

 Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 8:00 a. m.

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Reynaldo C. Rojas	F	031-03739864	Atencion al paciente	Hospital Luis Espallat	Reynaldo C. Rojas	829-789-9035
Valentin Hernandez	M	0630030648-4	Monteminto	HOSPITAL LUIS ESPALLAT	Valentin	809-509-9056
Elizabeth Santos	F	093-0042143	conserje	HOSPITAL Luis Espallat	Elizabeth	8094914811
Denisse morales	F	402-183200-4	aux adm	HOSP Luis Espallat	Denisse	809-389-4327
Juan Pablo	M	031-02755020	Plomero	HOSP Dr. Luis Espallat	Juan Pablo	809-721-6045
Daniel De Jesus toribio	M	094-0004956-5	Bicanalista	HOSP Dr. Luis Espallat	Daniel	809-298-2742
Eustaquio Gutierrez	F	0500010512-1	mayordomo	HOSP Luis Espallat	Eustaquio	8099750263
Angela del C. E. de la	F	031-0177828-9	Despensa	HOSP. Luis Espallat	Angela	8295681051
Luis Luna	M	402-21827310	camillero	///	Luis Luna	897-282-9208
Eric Kantambo Capella	M	402-23791258	Portero	HOSPITAL Luis Espallat	Eric	829-396-3388
Frederica de Jesus Franco	M	402-0740235-9	Camillero	Hospital Dr. Luis Espallat	Frederica	809-452-6009
Alba Nelly Gonzalez	F	402-20489426	conserje	Hospital de Sabana Iglesia	Alba	

*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.

1 | Página

Xiomara Reyes



Marleni Ramirez

REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: trabajen equipo
Nombre de la Acción de Capacitación: _____
Institución/ Empresa: _____
Facilitador(a): marleni Ramirez

Fecha de inicio: _____
Fecha de término: _____
Horario: _____
Total Horas Programadas: _____ A pagar _____

No	Número de Cédula o Pasaporte	PARTICIPANTES Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	Firmas asistencias de los participantes					C	N/C
1							Valentin						
2							BLOCK						
3							ACTA						
4							Juan Pablo						
5							Enrique						
6							Esteban						
7							Ramiro del C						
8							Denisse						
9							Luis Luna						
10							Federica Pardo						
11							Denisse						
12							Alvaneri						
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
Totales													

Leyendas:

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

Certificado Físico ☐ Web ☐
OBSERVACIONES:

Xiomara Reyes

Marleni Ramirez

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.



Nombre de la Actividad: HMSLE 3.2.1.1.01 Ejecucion Plan de Capacitacion SRS-2024 (Etica , Deberes y Derechos del Servidor Publico).

Área Responsable: Instituto Nacional de Formacion Tecnico Profesional (INFOTEP). Y Departamento de Recursos Humanos

Fecha: 12/6/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 8:00 a. m.

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Xiomara Reyes	F	031-0510328-1	ENCARGADA	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Xiomara	829-975-2144
Roberto Penate	M	031-031-62342	ENCARGADO	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Roberto	809-647-5846
Veronica Fernandez	F	031-0362837-9	ENCARGADA	HOSP. DOCTOR LUIS ESPAILLAT	Veronica	809-868-1213
Angela del C. Fdez A.	F	031-0177878-9	RESPUESTA	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Angela	829-568-1051
Yohann Diaz V.	F	402-1448381-6	FACTURACION	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Yohann Diaz	849-350-5040
Eridania Fernandez	F	402-3583102-2	FACTURACION	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Eridania Fernandez	809-661-8154
Manuel de los	F	095-0016645-0	ENCARGADO	HOSPITAL SAN FELIX	Manuel de los	829-402-5490
Diana B. Diaz M.	F	031-0514743-7	MEDICA	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Diana Diaz	829-886-8209
Dolores Contreras	F	031-0382070-4	MEDICO	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Dolores Contreras	829-637-5543
Delhis Jose Vargas	M	031-0521316-3	VIGILANTE	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Delhis Jose Vargas	809-202-1078
Ada de la Cruz de Rumez	F	001-1572009-3	SECRETARIA	HOSP. MUNICIPAL DR. LUIS ESPAILLAT	Ada de la Cruz	809-474-5812
Denisse Morales	F	402-1833010-4	AUX ADM	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Denisse	809-389-4327
Santa Feama Viquez	F	031-0480437-6	IND. GEN	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Santa Feama Viquez	809-834-6527
Jurina de la Cruz	F	031-0455944-2	SEGURIDAD	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	Jurina de la Cruz	809-495-9511
José B. Castro	M	057-0007629-1	ENCARGADO	HOSP. DR. LUIS ESPAILLAT	José B. Castro	829-8580298

*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.

1 | Página

Xiomara Reyes



Marleni Ramirez

Código de la Acción de Capacitación: 20241006987

Nombre de la Acción de Capacitación: ÉTICA, DEBERES Y DERECHOS DE LOS COLABORADORES

Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 12/06/2024

Fecha de Término: 12/06/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
							12/06/2024						
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	05700076291	JOSE BOLIVAR CASTRO SERRANO		X	X		Jose Bolivar						
2	03103820704	DOLORES CONTRERAS MORA	X			X	Dolores Contreras						
3	09500166450	MANUELA JOSEFINA DE ASIS CARABALLO	X			X	Manuela de Asis						
4	00115726093	ADA DE LA CRUZ VARGAS	X		X		Ada de la Cruz						
5	03105147437	DIANA BRIGGITTE DIAZ MERCADO	X			X	Diana Diaz						
6	03100640329	VICTOR ARSENIO DIAZ RODRIGUEZ		X		X	Victor Arsenio						
7	40214483816	YOENMY DÍAZ VARGAS	X		X		Yoenny Diaz						
8	03101778789	ANGELA DEL CARMEN FERNANDEZ ADAMES	X			X	Angela del Carmen						
9	03103628339	VERONICA FERNANDEZ ADAMES	X		X		Veronica Fernandez						
10	40235834922	ERIDANIA ANTONIA FERNANDEZ VERAS	X		X		Eridania Fernandez						
11	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X		X		Denisse Morales						
12	03104559442	JUANA DE LA CRUZ MOSQUEA ORTIZ	X		X		Juana de la Cruz						
13	03104804376	SANTA LEONORA NUÑEZ PAEZ	X			X	Santa Leonora						
14	03103562348	ROBERTO PERALTA		X	X		Roberto Peralta						
15	03105103281	XIOMARA DEL CARMEN REYES RODRIGUEZ	X			X	Xiomara Reyes						
16	03103738864	REYNA DEL CARMEN RODRIGUEZ NUÑEZ	X		X		Reyna del Carmen						
17	03105216463	DELBIS JOSE VARGAS VARGAS		X	X		Delbis Jose						
Total			13	4	10	7						Total	

Observaciones:

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

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Xiomara Reyes
Contraparte de la Empresa

Morlanis Ramirez
Facilitador(a)

Asesor(a)

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



Nombre de la Actividad: HMDLE 3.2.1.1.01, Ejecucion plan de capacitacion SRS-2024 (Humanizacion y Compromiso).

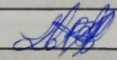
Área Responsable: Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP). Y Departamento de Recursos Humanos

Fecha: 20/5/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 8:00am

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Liber Rodríguez	F	402-555270-5	Compras	Hosp. Sabana Iglesia		Liber.rodriguez@gmail.com
Xiomara Reyes	F	031-051032-1	CNCRRH	HOSP. Sabana Iglesia	Xiomara	829-975-2144
Denisse Morales	F	402-1833010-4	aux. adm.	Hospital de Sabana Iglesia	Denisse	809-389-4327
ACRU	F	031-0177878-9	Despensa	Hospital de Sabana Iglesia	Auselina	829-5681051
Brenda M. Núñez	F	402-464622-4	Asistente	Hospital Dr. Luis Espallat	Brenda	809-2012659
Juan Pablo Placeres	M	631-0215802-0	plumero	Hospital Dr. Luis Espallat	Juan Pablo	809-7216845
Fredrick Franco	M	402-0940235-9	Camillero	Hospital Dr. Luis Espallat	Fredrick Franco	809-452-6029
Eustaquia Gutiérrez	F	05000105121	Enfermera	Hospital Dr. Luis Espallat	Eustaquia	809-975-0263
Luis M. Lora	M	402-2182731-0	Camillero	Hospital Dr. Luis Espallat	Luis Lora	849-222-9868
Reyner del CR	F	031-0373886	Camillero	Hospital Sabana Iglesia	Reyner	829-789-9035
Kiara Cuevas	F	402-2915218-2	Facturación	Hosp. Dr. Luis Espallat	Kiara Cuevas	809-952-6781
Luisa María Almona	F	031-0487736-4	Auditor	Hosp. Dr. Luis Espallat	Luisa	809-654-6822
Debra Elías Lima	M	031-0483350-8	atención	Hosp. Dr. Luis Espallat	Debra	849-867-6563
Maria Yulany Rodríguez	F	402-2146671-3	Enfermera	Hospital Dr. Luis Espallat	Yulany	829-441-9627
Gipsy Ríos de la Cruz	F	097-0029403-7	Medico	Hospital Luis Espallat	Gipsy Ríos	829-780-6801
Mrs. Lora	F	049-0038570	Enfermera	Hospital Luis Espallat	Luisa Lora	829-380-9867

*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.

1 | Página

Xiomara Reyes

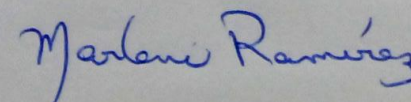


Marleni Ramírez

2 | Página

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

Xiomara Felix



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241006023

Nombre de la Acción de Capacitación: COMPROMISO Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

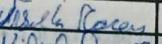
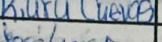
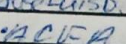
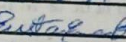
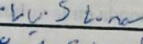
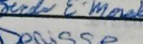
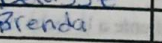
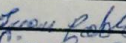
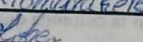
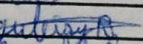
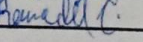
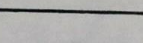
Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 26/05/2024

Fecha de Término: 26/05/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT										Fecha de término: 26/05/2024		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	Resultado			
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC	
1	03104877364	LUISA MARIA ALMONTE MOREL	X		X										
2	04900389570	URSULA MERCEDES CACERES JIMENEZ	X		X										
3	40229152182	KIARA CUEVAS ROSARIO	X		X										
4	03104833508	JOSE LUIS DIAZ LIMA		X	X										
5	03101778789	ANGELA DEL CARMEN FERNANDEZ ADAMES	X			X									
6	05000105121	EUSTAQUIA GUTIERREZ PLASENCIA	X			X									
7	40221827310	LUIS MIGUEL LUNA		X	X										
8	05700065823	ESPERANZA MORALES DE LA CRUZ	X			X									
9	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X		X										
10	40246496224	BRENDA MARIA NUÑEZ GENAO	X		X										
11	03102758020	JUAN PABLO PLACENCIA MORALES		X	X										
12	09700294037	GIPSY PRISCILA REYES DE LA NUEZ	X		X										
13	03105103281	XIOMARA DEL CARMEN REYES RODRIGUEZ	X			X									
14	40215352705	LISBER RODRIGUEZ HERNANDEZ	X			X									
15	40221466713	MARIA YULEISY RODRIGUEZ MARTE	X		X										
16	03103738864	REYNA DEL CARMEN RODRIGUEZ NUÑEZ	X		X										
17	40225586607	YESICA MARIA RODRIGUEZ TORIBIO	X		X										
18	03105645471	ALBANIA TORIBIO NUÑEZ	X		X										
Total			15	3	13	5									
													Total		

Total

Observaciones:

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

Certificado: Físico ☐ Web ☐

[Firma]
Contraparte de la Empresa

[Firma]
Facilitador(a)

Asesor(a)

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