



Plan de Capacitación Anual Año 2024
Planificación de Recursos Humanos

Documento No.: INAP-FAC-001
Fecha de emisión: 17/1/2019
Fecha de revisión: 8/3/2024
Versión: 6

Institución: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAFAEL CASTRO
Ministerio al que pertenece SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS)
Provincia SANTIAGO Municipio SANTIAGO
Sector Gestión Pública Municipal Salud
Cuenta con aulas para la capacitación? SI No

Fecha: 31/10/2023

Capacitaciones Dirigidas a Otros Proveedores

No.	Departamento requeriente	Tipo de programa	Programa de Capacitación	Modalidad	Competencia a desarrollar	Cantidad de participantes sexo Femenino	Cantidad de participantes sexo Masculino	Cantidad total de participantes	¿Cuántos pertenecen a carrera administrativa?	Grupo ocupacional al que pertenece	Mes de Ejecución	Proveedor	Aporte unitario	Aporte total del programa
1	Todas las areas	Taller	Inteligencia Emocional	Presencial	Control De las Emociones	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Primer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
2	Todas las areas	Taller	Comunicación Efectiva/	Presencial	Eficiencia del desempeño	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Primer trimestre	Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
3	Todas las areas	Taller	Planificación Estratégica en la Gestión Pública	Presencial	Eficiencia de los Procesos	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Primer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
4	Todas las areas	Taller	Habilidades De Liderazgo	Presencial	Liderar Con el Ejemplo	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Segundo trimestre	Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
5	Todas las areas	Taller	Responsabilidad Laboral	Presencial	Compromiso/ responsabilidad	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Segundo trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
6	Todas las areas	Taller	Motivación y Trabajo en Equipo	Presencial	Integridad/ Respeto	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Segundo trimestre	Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
7	Todas las areas	Taller	Ética, Deberes y Derechos del Servidor Público	Presencial	Conciencia Social	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Tercer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
8	Todas las areas	Taller	Cumplimiento De Normativas	Presencial	Conciencia Social	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Tercer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
9	Todas las areas	Taller	Manejo de la Relaciones Interpersonales	Presencial	Flexibilidad/	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	Tercer trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
10	Todas las areas	Taller	Promoción y Prevención de Salud	Presencial	Eficiencia en la Calidad	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	cuarto trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
11	Todas las areas	Taller	Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio	Presencial	Empatía/Calidad del Servicio	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	cuarto trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00
12	Todas las areas	Taller	Prevención De Riesgo	Presencial	planificación y conocimientos de los procesos.	15	5	20	6	Grupo I,II,III,IV,V	cuarto trimestre	Instituto Formación Tecnico Profesional	\$150.00	\$3,000.00

Elaborado por *[Firma]*

Revisado por responsable de Recursos Humanos *[Firma]*

Aprobado por máxima Autoridad *[Firma]*





Informe Trimestral de Ejecución del Plan de Capacitación

Nomenclatura: INAP-FAC-003

Tipo: Formulario

Versión: 2

Vigencia: 22/11/2019

Fecha: 31 de diciembre 2024

Institución: HOSPITAL DR RAFAEL CASTRO

Trimestre correspondiente: OCTUBRE-DICIEMBRE

Capacitación Programada	Área Requeriente	Conocimientos/ Competencias a desarrollar o fortalecer	Capacitaciones Ejecutadas	Cantidad Participantes Género Femenino	Cantidad Participantes Género Masculino	Cantidad de Participante	Costo Estimado por Participante	Costo Total
CUMPLIMIENTO DE NORMATIVAS	TODAS LAS AREAS	CONCIENCIA SOCIAL	EJECUTADO	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO	TODAS LAS AREAS	EMPATIA/CALIDAD DEL SERVICIO	EJECUTADO	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD	TODAS LAS AREAS	EFICIENCIA EN LA CALIDAD	EJECUTADO	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
PREVENCIÓN DE RIESGOS	TODAS LAS AREAS	PLANIFICACION Y CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS	EJECUTADO	15	5	20	RD\$150.00	RD\$3,000.00
TOTAL								RD\$12,000.00



Mercedes Artiles Ventura.
Encda. Recursos Humanos

Firma y sello



NOMBRE ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAFAEL CASTRO
Dirección O Departamento: RECURSOS HUMANOS

Fecha 31/12/2024

Tema actividad:

HDRC 3.2.1.1.01 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN CAPACITACION 2024

Cuerpo

El Hospital Municipal Dr. Rafael Castro elaboro el plan de capacitación 2024, en el mismo se planifico realizar 12 capacitaciones distribuidas en cuatro trimestres. En el trimestre **Octubre-Diciembre** habíamos pautado realizar las siguientes capacitaciones:

1. Ética y deberes y derechos del servidor publico
2. Cumplimiento de las Normativas
3. Planificación estratégica en la Gestión Publica
4. Responsabilidad Laboral

De las capacitaciones establecidas para este trimestre, fueron ejecutadas **Cumplimiento de Normativas**, así como también **Atención al ciudadano y calidad en el servicio** fueron impartidas en el mes de noviembre, y estaban proyectadas según el plan de capacitación en el tercer y cuarto trimestre.

Mientras que **Promoción y prevención en salud**, así como también **prevención de riesgos laborales** se impartieron en el mes de diciembre la cual estaban planificada para el cuarto trimestre.



Licda. Mercedes Artiles Ventura
(Encargada de Recursos Humanos)



Dr. Franquis Jesús Jiménez
Dirección Hospital



Nombre de la Actividad: CAPACITACION PREVENION DE RIESGOS LABORALES HDRC3.2.1.1.01

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 8/12/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 10:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS HDRC

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Heriberto Valdes U	F	03706688955	Enc. RH	Recursos Humanos	<i>[Firma]</i>	809-8165010
Angelina Avello	F	031-0499228-4	Digitadora	Gerencia S. Oeste	<i>[Firma]</i>	849-653-8912
Georgina Flores	F	031-0377117-0	Digitadora	Gerencia S. Oeste	<i>[Firma]</i>	829-860-1916
Yolanda Elena Santos	F	031-0007893-3	Enc. P.D	Gerencia	<i>[Firma]</i>	829-717-8187
Genieve Luna D.	F	03104182025	Analista	Calidad	<i>[Firma]</i>	829-878-6804
Yanella Rodriguez	F	031-0388987-3	Enc. A. Salud	Gerencia de la Salud	<i>[Firma]</i>	809-801-8768
Angela Maita Sisono	F	044 006591-4	Enc. conq.	Area Administrativa	<i>[Firma]</i>	829 677 2280
Yolanda Maita Sisono	M	031-00207475	Enc. de adm.	Administración	<i>[Firma]</i>	829-475-5072
Maria M. Roberts	F	031-0444488	Enc.	Administración	<i>[Firma]</i>	819-829-4538
Edgardo Polanco	F	031-0513471-4	Secretaria	Estructuras	<i>[Firma]</i>	829-978-0073
Linaí Plana	F	03-005929-0	Enc. de adm.	Gerencia	<i>[Firma]</i>	849-826-1580
Widelys D. Mend	F	04500195148	Enc. Estadística	Estadística	<i>[Firma]</i>	829-908-8569

*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.




[Firma]



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241015258
Nombre de la Acción de Capacitación: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONAL DE SALUD

Fecha de Inicio: 08/12/2024
Fecha de Término: 08/12/2024
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: B

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo				Nivel				Fecha	Firma	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	1	11	8	8								
1	03101990640	MARTHA CATALINA ALMONTE POLANCO	X		X					6-12-2024							C	
2	03104592294	EUGELIN AMARFI ARTILES POLANCO	X		X												X	
3	03700885955	MERCEDES ARTILES VENTURA	X			X											X	
4	04400105914	ANGELA MARITZA BUENO ESPINAL	X				X										X	
5	03104444819	RHINA MARGARITA COLLADO RODRIGUEZ	X					X									X	
6	03103771170	JACQUELINE MERCEDES FLORES RODRIGUEZ	X						X								X	
7	03103177196	NORYS DEL CARMEN LEON UCETA	X														X	
8	03104182625	EUNICE DEL CARMEN LUNA PERALTA	X						X								X	
9	04500175148	WIDALYS ALTAGRACIA MOREL CABRERA	X														X	
10	40219398167	DAYAMY MUÑOZ PEREZ	X														X	
11	09200030758	YGNACIA DEL CARMEN PINEDA BONSEÑOR	X														X	
12	03105134716	GLENYS ALTAGRACIA POLANCO NUÑEZ	X														X	
13	03103889873	MARIELA AMBROSINA RODRIGUEZ NOESI	X														X	
14	09600213228	YOMARIS DEL CARMEN RODRIGUEZ PERALTA	X														X	
15	03103656827	ANTONIA ROSARIO MARTINEZ	X														X	
16	03101078933	MARIA ELENA SANTOS DEL MONTE	X														X	
17	40201679632	ESMARLY TAVAREZ ULLOA	X														X	
18	03100044290	EL VIA GUARINA TAVERA	X														X	
19	03100207475	JOSE CEFERINO VALERIO MARTE	X														X	
Total			18	1	11	8											19	
Total																		0

Observaciones: *La Patricia fue reimpresa. Luego de estar calificada x.m.m.*

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

Contratante de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

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

Certificado: Físico Web



INFOTEP

DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS

FECHA DE EMISIÓN: 12/12/2024

FECHA DE VIGENCIA: 12/12/24

FECHA DE ENTREGA: 12/12/24

FECHA DE TALLER: 12/12/24

FECHA DE FOTEO: 12/12/24

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. 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.

Nombre de la Actividad:

CAPACITACION PROMOCION Y PREVENCIÓN DE SALUD HDRC3.2.1.1.01

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 5/12/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 10:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS HDRC

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Marela Ariles U	F	03700685955	ent RH	Recursos Humanos	<i>mloltes</i>	809-816-7010
Engras Aruif	F	031-01126300	Auxiliar	Recursos Humanos	<i>Engras Aruif</i>	829-813-4515
Guadalupe Ariles	F	031-0459229-4	Digitadora	Gloria S. Costa	<i>Guadalupe Ariles</i>	849-653-8912
Isabeline Flores	F	031-05771170	Digitadora	Generación Santiago Oeste	<i>Isabeline Flores</i>	829-860-1916
Augusta Ariles Cruz	F	031-024672-3	Digital	Generación Santiago Oeste	<i>Augusta Ariles Cruz</i>	829-218-4759
Rubercel y Nieves	F	031-0102542-1	ADM.	Administración	<i>Rubercel y Nieves</i>	809-829-1853
Glennis Luna P.	F	03104182625	Analista	Calidad	<i>Glennis Luna P.</i>	829-878-6804
Jose Velasco	M	03100207425	Analista	en cargo de administracion	<i>Jose Velasco</i>	829-933-3707
Sandy Arantes	F	031.0751717	Secretaria	Administración	<i>Sandy Arantes</i>	849-892-4538
Maria M. Alford	F	031-04111184	PMU	Administración	<i>Maria M. Alford</i>	858-881-3162
Graciela Michel Balboa	F	031-00508581	Sociales	Fabricación	<i>Graciela Michel Balboa</i>	829-772-5914
Lucy Arantes	F	031047-4488	Auxiliar	Farmacias	<i>Lucy Arantes</i>	809-410-3832
Yvonne Pineda	F	09200030258	Entrenadora	Entrenadora	<i>Yvonne Pineda</i>	
Milagros Tapia	F	0730003092	Entrenadora	Entrenadora	<i>Milagros Tapia</i>	
Sandy Deborah Cruz	M	031-01011818	Entrenadora	Epidemiología	<i>Sandy Deborah Cruz</i>	

*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.

DR. RAFAEL C. ARRIAGA
DIRECTOR GENERAL
809-576-0138
Científicos

mloltes

HOSPITAL DR. RAFAEL C. ARRIAGA
RECURSOS HUMANOS
809-519-5100
ENFERMEROS



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040 Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241015259
Nombre de la Acción de Capacitación: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONALES DE SALUD

Fecha de Inicio: 05/12/2024
Fecha de Término: 05/12/2024
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8h

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							
1	03105701449	YIKAUARY ALMONTE	X		X		05/12/24							C
2	03104592294	EUGELIN AMARFI ARTILES POLANCO	X		X									NC
3	03700685955	MERCEDES ARTILES VENTURA	X			X								X
4	03100189964	SORAYA BELLARD	X			X								X
5	03104444819	RHINA MARGARITA COLLADO RODRIGUEZ	X			X								X
6	03105548394	ALEXIS CORNEL AMARO		X		X								X
7	03102466723	AGUSTINA ALTAGRACIA DE LA CRUZ PERALTA	X			X								X
8	03101011298	CARLOS HORACIO DELMONTE CRUZ		X		X								X
9	03103771170	JACQUELINE MERCEDES FLORES RODRIGUEZ	X			X								X
10	03100196967	FRANCOIS JESUS MARIA JIMENEZ SANCHEZ		X		X								X
11	03104182625	EUNICE DEL CARMEN LUNA PERALTA	X			X								X
12	03100509581	GRACE CAROLINA MICHEL LANITIGUA	X			X								X
13	03102317173	LEIDY MORONITA GONZALES	X			X								X
14	03101025421	YUBERCA XIOMARA NUÑEZ RODRIGUEZ	X			X								X
15	05601524092	MARIDALIA MARIA OVALLE LANITIGUA	X			X								X
16	03104744838	MIOSOTI PERALTA GONZALEZ	X			X								X
17	09200030758	XGNACIA DEL CARMEN PINEDA BONSENOR	X			X								X
18	03103851083	MAARIA MAGDALENA SANTIAGO RODRIGUEZ	X			X								X
19	03101126344	ANGELA SUREL SALAZAR	X			X								X
20	07300032922	MILAGROS TAPIA RODRIGUEZ	X			X								X
21	03100207475	JOSE CEFERINO VALERIO MARTE	X			X								X
Total			17	4	11	10								21

Observaciones:

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

Contraparte de la Empresa: *[Signature]*
 Facilitador(a): *[Signature]*
 N/C = No califica
 Certificado: Físico Web
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.: *[Signature]*

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.

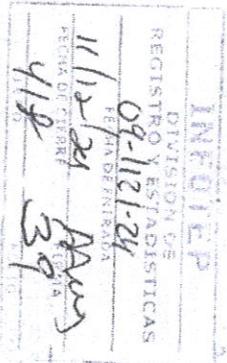
Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contratante de la empresa.

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.



Nombre de la Actividad: **CAPACITACION ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO HDRC 3.2.1.1.01**

Área Responsable: **RECURSOS HUMANOS**

Fecha: **29/11/2024**

Modalidad de la Reunión: Presencial Virtual

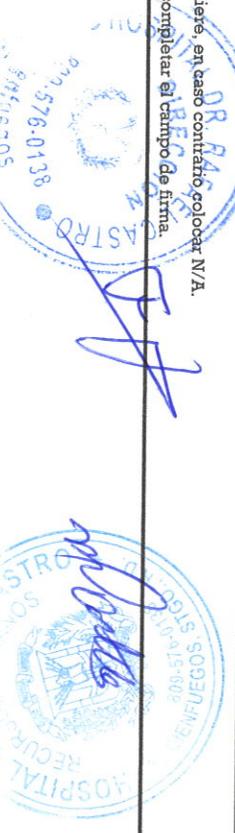
Hora: **10:00AM**

Lugar/Plataforma: **SALON DE CONFERENCIAS HDRC**

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Heredades D.	F	037-0068545	Ger. RH	Recursos Humanos	<i>[Firma]</i>	809-8167010
Engel David	F	031-0126344	Decano	Recursos Humanos	<i>[Firma]</i>	829-843-4515
Engel David	F	031-04592294	Digitalizador	Gerencia S. Oper.	<i>[Firma]</i>	849-653-8912
Subiera X. Nikeris	F	031-01025421	ADM.	Administración	<i>[Firma]</i>	809-829-6853
Quince Ana P.	F	03104152625	Analista	Calidad	<i>[Firma]</i>	829-878-6804
Donett del R. Betate Paul	F	045-0066383-1	Asistente	Administración	<i>[Firma]</i>	809-841-9935
Davidel Rodriguez	F	031-8588987-3	Ger. Salud	Gerencia a la Salud	<i>[Firma]</i>	809-801-8768
5020 ANTONIO	M	0310344602	Medico	Consejo de	<i>[Firma]</i>	8496528766
Sukis S. Cravis Jomara	M	462-19174519	Compu	Doc Informatic	<i>[Firma]</i>	829-966-1589
Mora M. Alberto	F	031-0444484	ADM.	Administración	<i>[Firma]</i>	849-809-4538
Mary E. Gonzalez	F	031-0124443-5	Asistente	Laboratorio	<i>[Firma]</i>	809-396-5969
Graciela Candiani y del R.	F	031-0050954	Secretaria	Laboratorio	<i>[Firma]</i>	849-881-3167
Rosa M. Lopez y del R.	F	031-0286008-1	Enfermera	Tuberculosis	<i>[Firma]</i>	809-461-6362
Wilbert Chavez	M	402-3207992	Asistente	Enfermería	<i>[Firma]</i>	849-244-7819
Alida Corrao	M	031-0551838-4	Gerente	Gerencia de Recursos	<i>[Firma]</i>	809-3511569
Pastora Tauceres	F	031-005967948	Asistente	Administración	<i>[Firma]</i>	809-432-3843

*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.



CASTRO
909.576.0138
98454605

[Firma]

CASTRO
909.576.0138
98454605

[Firma]



Código de la Acción de Capacitación: 202410147206
 Nombre de la Acción de Capacitación: ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO
 Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONALES DE SALUD

REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
 Edición 8

Fecha de Inicio: 29/11/2024 ✓
 Fecha de Término: 29/11/2024 ✓
 Total Horas Programadas: 8 ✓
 A Pagar:

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Fecha	Firma Asistencia de los Participantes	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G	C							
1	03104592294	EUGELIN AMARFI ARTILES POLANCO	X		X				29-11-24	✓				
2	03700686955	MERCEDES ARTILES VENTURA	X			X			29-11-24	✓				
3	04500063831	LISSETT DEL ROSARIO BATISTA PEÑA	X				X							
4	40232072906	WILBERT MIGUEL CEBALLOS GARCIA		X										
5	03104444819	RHINA MARGARITA COLLADO RODRIGUEZ	X			X								
6	09200057256	SIDENIA ALTAGRACIA COLON POLANCO	X			X								
7	03105548394	ALEXIS CORNIEL AMARO		X	X									
8	04700252358	DAISY MARIA DOMINGUEZ		X	X									
9	40219174519	JULIO JESUS GARCIA JIMÉNEZ		X		X								
10	03103714485	SAIDY ESTHER GONZALEZ ABREU	X			X								
11	03104182625	EUNICE DEL CARMEN LUNA PERALTA	X			X								
12	03100509581	GRACE CAROLINA MICHEL LANTIGUA	X			X								
13	03102860081	ROSA MARIA MIESES MARTINEZ	X			X								
14	03103242602	JOSE ANTONIO NUÑEZ CASTRO		X	X									
15	03101025421	YBERCA XIOMARA NUÑEZ RODRIGUEZ	X			X								
16	40221164227	RAQUEL ALTAGRACIA ORTEGA ALONZO	X			X								
17	00200767176	MERCEDES PERDOMO	X			X								
18	03103889873	MARIELA AMBROSINA RODRIGUEZ NOESI	X		X									
19	03103372235	ISMELDA YASMIN RODRIGUEZ RAMOS	X			X								
20	03103656827	ANTONIA ROSARIO MARTINEZ	X		X									
21	03101126344	ANGELA SUPRIEL SALAZAR	X		X									
22	03100575798	PASTORA TAVARES ALVAREZ	X		X									
23	03100044290	ELVIA GUARINA TAVERA	X			X								
Total			19	4	10	13								

Observaciones:
 Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica
 Contraparte de la Empresa

- Facilitador(a)

N/C = No califica

Certificado: Físico Web
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.

Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-046

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 coquejo 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 impartió 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 certificando físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

INFOIEP	
DIVISION DE	
REGISTRO Y ESTADISTICAS	
SECRETARIA DE ECONOMIA	
FECHA DE INICIO	11/12/14
FECHA DE CIERRE	4/18
FIRMA	AAUS
NUMERO	40

Nombre de la Actividad:

CAPACITACION CUMPLIMIENTO Y NORMATIVA HDRC3.2.1.1.01

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 25/11/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

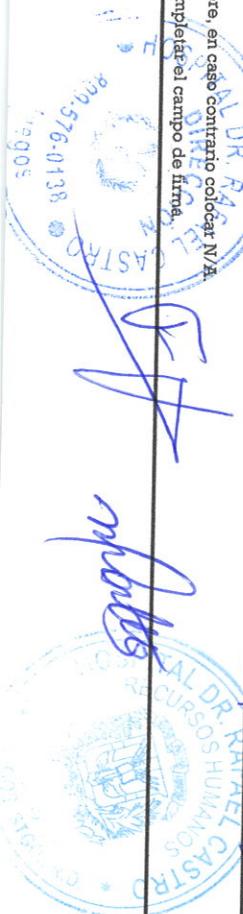
Hora: 10:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS HDRC

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Henedy Antón U-	F	03700685955	Enc. RA	Recursos Humanos	<i>mboltes</i>	809-816-7910
Angela Juvenil	F	031-0126344	Docente	Recursos Humanos	<i>Angela Juvenil</i>	809-843-4515
Jacqueline Flores	F	031-0374170	Docente	Gerencia Santiago Oeste	<i>Jacqueline</i>	809-860-1916
Yaghi Antón	F	031-0459229	Docente	Gerencia Santiago Oeste	<i>Yaghi Antón</i>	849-653-8912
Yasmin Y. Nieves	F	031-01025421	ADM.	Administración	<i>Y</i>	809-829-6853
Genice Pina P.	F	03104182625	Analista	Calidad	<i>GP</i>	829-878-6804
Justa del Marañón Batista Pina	F	045000383-1	Analista	Administración	<i>JP</i>	809-849-9978
Joselyn Toño Nio	M	0310374760	Jefe	Conservación	<i>Joselyn</i>	849-652-8766
Sulis S. Gans Simon	M	802-191851-9	Compras	Dept. Informaticas	<i>Sulis</i>	809-066-1589
Yanira M. López	F	031-0344489	Emp.	Administración	<i>Yanira</i>	849-899-5538
Yanira M. López	F	0470025235	Emp.	Administración	<i>Yanira</i>	809 909 2096
Yanira M. López	F	031-005085-1	Secretaria	Administración	<i>Yanira</i>	849-881-3167
Yanira M. López	F	031-0286081	Emp.	Administración	<i>Yanira</i>	809-461-6362
Yanira M. López	M	402-3207292	Emp.	Administración	<i>Yanira</i>	849-249-2819
Yanira M. López	M	031-0554839-4	Emp.	Administración	<i>Yanira</i>	809-3511569
Yanira M. López	F	031-0053578	Emp.	Administración	<i>Yanira</i>	809-432-7843

*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 EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040 Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241014785
Nombre de la Acción de Capacitación: CUMPLIMIENTO Y NORMATIVA SERVICIOS NACIONALES DE SALUD
Institución / Empresa:

Fecha de Inicio: 25/11/2024
Fecha de Término: 25/11/2024
Total Horas Programadas: 8
A Pagar: \$

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellidos(s)	Sexo				Nivel MM/G	Fecha	Firma	Firma Asistencia de los Participantes						Resultado C NC
			F	M	OP	MM/G				19	4	11	12	16	16	
1	03104592294	EUGELIN AMARFI ARTILES POLANCO	X		X		25-11-24	[Signature]								X
2	03700685955	MERCEDES ARTILES VENTURA	X			X		[Signature]								X
3	04500063831	LISSETT DEL ROSARIO BATISTA PENA	X					[Signature]								X
4	40232072906	WILBERT MIGUEL CEBALLOS GARCIA	X					[Signature]								X
5	03104444819	RHINA MARGARITA COLLADO RODRIGUEZ		X				[Signature]								X
6	09200057256	SIDENIA ALTAGRACIA COLON POLANCO	X			X		[Signature]								X
7	03105548394	ALEXIS CORNIEL AMARO	X					[Signature]								X
8	04700252358	DAISY MARIA DOMINGUEZ	X		X			[Signature]								X
9	03103771170	JACQUELINE MERCEDES FLORES RODRIGUEZ	X			X		[Signature]								X
10	40219174519	JULIO JESUS GARCIA JIMÉNEZ		X				[Signature]								X
11	03200027484	ROSA MARGARITA LOPEZ PICHARDO	X			X		[Signature]								X
12	03104182625	EUNICE DEL CARMEN LUNA PERALTA	X					[Signature]								X
13	03100509581	GRACE CAROLINA MICHEL LANIGUA	X			X		[Signature]								X
14	03102860081	ROSA MARIA MIESES MARTINEZ	X			X		[Signature]								X
15	03103242602	JOSE ANTONIO NUÑEZ CASTRO	X			X		[Signature]								X
16	03101025421	YUBERCA XIOMARA NUÑEZ RODRIGUEZ	X		X			[Signature]								X
17	40221164227	RAQUEL ALTAGRACIA ORTEGA ALONZO	X			X		[Signature]								X
18	00200767176	MERCEDES PERDOMO	X			X		[Signature]								X
19	03103337235	ISMELDA YASMIN RODRIGUEZ RAMOS	X			X		[Signature]								X
20	03103656827	ANTONIA ROSARIO MARTINEZ	X			X		[Signature]								X
21	03101126344	ANGELA SURIEL SALAZAR	X			X		[Signature]								X
22	03100575798	PASTORA TAVARES ALVAREZ	X			X		[Signature]								X
23	03100044290	ELVIA GUARINA TAVERA	X			X		[Signature]								X
Total			19	4	11	12										16

Observaciones:

Legenda: F = Femenino, M = Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resumido, C = Ganfina

Contratante de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

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

N/C = No califica

Certificado: Físico Web

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

INFOTEP	
DIVISION DE	
REGISTRO Y ESTADISTICAS	
13-12-24	16-12-24
FECHA DE ENTRADA	
17-12-24	AVOS
4/8	207
TIEMPO	FOLIO



