

Nombre de la Actividad: HMDLE 3.2.1.1.01, Ejecucion Plan de Capacitacion 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 Esparilla	Denisse	809-382-4327
Romero Rosary	F	031-037354864	conserje	Hosp DR Luis Esparilla	Romero	809-789-9035
Altagracia Cruz	F	031-017-85966	cocina	Hosp DR Luis Esparilla	Altagracia	809-628-5034
Denisse Ramirez Estrella	F	035-00913751	conserje	HOSPITAL OMBAYE	Denisse Estrella	509-693-2546
SANTA ROSA	F	031-023354459	conserje	HOSPITAL DR. Luis Esparilla	SANTA ROSA	809-298-2495
Denisse	F	080047143-1	conserje	HOSPITAL DR Luis Esparilla	Denisse	809-444-4811
Albanelly Gonzalez	F	402-20489426	conserje	HOSPITAL DR Luis Esparilla	Albanelly	809-884-1330
Brenda Naldy Nunez	F	4024696624	conserje	HOSP. DR Luis Esparilla	Brenda	809-2012659
Kiara del C. Reyes	F	031-0510525-1	encomendado	HOSP. DR Luis Esparilla	Kiara	829-925-2144
Zaida Pacheco Hatoracion	F	031-027158020	plumera	HOSP. DR Luis Esparilla	Zaida Pacheco	8097916045
DAISY FERRAZ	F	031-01778784	Dispensa	HOSP. DR LUIS ESPARILLA	DAISY	8295681051
Valentin Hernandez	M	05300302045-6	Referencial	HOSP. DR Luis Esparilla	Valentin	809-509-9056
Daniel TORO	M	094-0021950-5	Biomatista	HOSP. DR. Luis Esparilla	Daniel	809-298-2742
SONIA GOMEZ P	F	031-0482335-0	Biomatista	HOSP. DR. Luis Esparilla	SONIA GOMEZ	8096081412
Darlenis Pinales Tineo	F	402-3713650-8	Secretaria	DR Luis Esparilla	Darlenis	829-348-5797
Isabella Dilsa	F	095-0010044-3	Asesora	HOSP. DR Luis Esparilla	Isabella	829-442-2220

*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-040:2023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 2024 100 5719 Fecha de inicio: 09/07/2024
 Nombre de la Acción de Capacitación: Atención de Pacientes Hospitalarios Fecha de término: 09/07/2024
 Institución/ Empresa: Hospital Municipal Dr. Ben Espinal Horario: 8:00 a 4: PM
 Facilitador(a): Rudolfini Magaña 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							OP	MM/G	C	N/C
1	094 0510 3281	Xiomara del C. Reyes	X			X	Xiomara					X		
2	402 46496224	Brenda María Nájera	X			X	BMN					X		
3	093 00138310	Milana Romero Wbrz	X				Milana R.					X		
4	031 02738020	Juan Pablos Placencia		X		X	JPP					X		
5	402 1833 0104	Denisse del Moral N	X			X	Denisse					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	Rudolfini Paul Tined	X			X	R.D. Tined					X		
11	093 00166443	Josefina de Añas	X			X	JA. Añas					X		
12	093 05471431	Elizabeth Santos	X			X	ESANTOS					X		
13	031 01785966	Adelina 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 0333 5448	Santa Sabina Lora	X			X	SSL					X		
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
Totales											13	1	2	14

Legendas:

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

Certificado Físico y/o OBSERVACIONES:

La cédula de la participante #14 es 031 03375864
Xiomara Reyes Rudolfini Magaña

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Ejecutado(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 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 cochejo 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	
29/5/21	FECHA DE ENTRADA
402	FOLIO
132	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 Díaz

Firma del Encargado/a [Firma]

Fecha 18/4/2024

Acuerdos en el contacto inicial con la empresa:

Representante Empresa

Asesor

Fecha