

Nombre de la Actividad: Manejo de Residuos Hospitalarios (HMI3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS- 2024)

Área Responsable: Departamento de Recursos Humanos

Fecha: 23/5/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 2:00 p. m. a 6:00 pm

Lugar/Plataforma: Hospital Municipal de Imbert

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Don Julia Ego	F	0380016951	Consejera	Consejería	Amalia Ego	8293654811
Patricia González	F	038-00101622	Consejera	Consejería	Patricia	829-9337659
Carla García	M	038-00101860	Consejero	Consejería	Carla	-
A. Cristina Rosa	F	038-0000814-0	Consejera	Consejería	Cristina	809-3545010
YOSELIN MERCADO	F	12720052520	CONSEJERA	CONSEJERIA EN CI	YOSELIN	80911267025
ESTEBAN POCA	M	038-00174538	Consejero	Consejería	ESTEBAN	809-2556189
FEDERICO PILO	M	039-0005131	Administrador	Hospital M. Imbert	FEDERICO	809-641-8041
Daniela Álvarez	F	039-00245337	consejera	Hospital Imbert	Daniela Álvarez	829-816-1586
Mary Medina	F	031-015-4154	concejal	consejo Imbert	Mary	8293748591
Sorely de la LIDE	F	0380017810	Consejera	Hospital	Sorely	8
OSVALDO SILVEIRA	M	038-00100934	SEP	CONSEJERIA	OSVALDO	829-716-5696
Dilcia Pérez	F	402-2045138	Consejera	Consejería	Dilcia	809-202-0052
Karen J. Salazar	F	4022056408	Enfermera	RRHH	Karen	82017761479

*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





REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040 Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241006148
Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS
Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE IMBERT

Fecha de Inicio: 23/05/2024
Fecha de Término: 23/05/2024
Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

Table with columns: No., Participantes (Número de Cédula o Pasaporte, Nombre(s) y Apellido(s)), Sexo (F, M), Nivel (OP, MM/G), Fecha, Firma Asistencia de los Participantes, Resultado (C, NC). Includes handwritten signatures and a total row at the bottom.

Observaciones:

Leyenda: 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 (with signature)

Facilitador(a) (with signature)

Asesor(a)

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



