

EJECUCION DE PLAN DE CAPACITACION SRS-2024

CODIGO: HMY.3.2.1.1.01

FECHA: 27/3/2024

A continuación damos a conocer el informe de ejecución de plan de capacitación correspondiente al trimestre enero-marzo del año 2024, la cual fue realizada en mes de febrero del año en curso con la facilitadora de infotep Laura Bonilla que fue de muchos conocimiento para el personal administrativo y así poner en practicar y saber organizar mejor su área de trabajo.

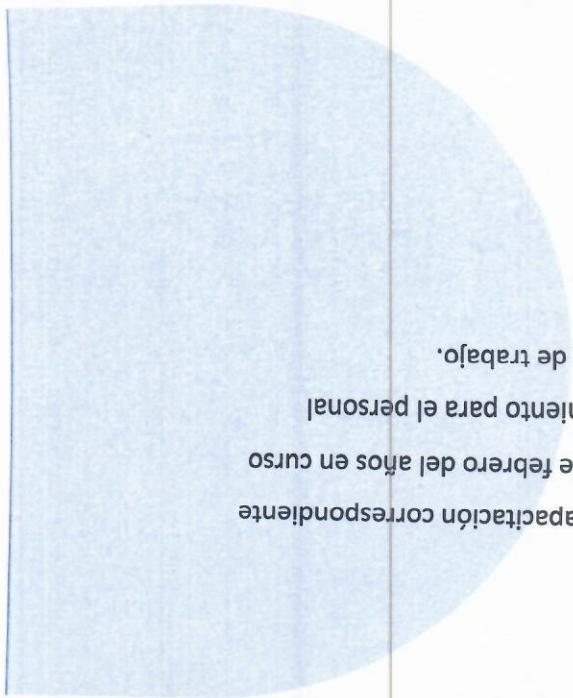
La Capacitación realizada fue la siguiente:

- Archivo y gestión de documento

Anexo. Plan de capacitación 2024
Y listado de capacitación

Atentamente

Yajaira Reyes
Yajaira Reyes Sierra
Técnico de RR/HH.



Hospital San Cristóbal



Nombre de la Actividad: ARCHIVO Y Gestion de Documento

Fecha: 14/02/2023

Área Responsable: Recursos Humanos

Hora: 8:00 a.m hasta 4:00 p.m.

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Lugar/Plataforma: salon Acto de los Bomberos

Participantes							Correo Electrónico/Teléfono
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma		
Niversi medrano	F	402-852342-7	Archivista	H.M. de Yaguajay	Niversi		Niversi.medrano@gmail.com
Yooska O'los Sando	F	402-3123757-5	Archivista	H. M. de Yaguajay	Yooska O'los		yooskaomaride@santabarcas.com
Mubia F. Pery	F	082-0016255-3	anj.	H. M. de Yaguajay	Mubia F. Pery		829-942-4355
Odrys Melina G.	F	082-0026204-2	Gr.A.U.	Hosp. Municipal Yaguajay	Odrys Melina G.		849-2105736
Encolateria Vazquez	F	082-0020168-2	Coorna	Hosp municipal	Encolateria		829-625-8275
maria yvaine medrano	F	002-0171996-0	Coorna	Hosp. mun. capital yaguajay	maria medrano		829-286-0705
Ana Francisca gormon R	F	082-0015778-5	Asistente Dental	Hosp. municipal yaguajay	Ana Francisca		849-857-0806
Masover J. Coromera C.	F	082-0025115-8	Secretaria	Hosp. M. Yaguajay	Masover J.		829-922-2444
Mariell O. Perez B.	F	402-4079782-5	Enc. Compa	Hosp. M. Yaguajay	Mariell O.		809-802-3712
Dalshrine Nunez	F	082-0026357-5	Enc. Compa	Hosp. M. Yaguajay	Dalshrine N.		829-712-9409
Maria Emilee Jimenez Mac	F	402-1319984-9	Promotora	Hosp. municipal de yaguajay	Maria Emilee		829-365-2103
Severina Rosario	F	083-0005544-8	Coordinadora	HOSP. M. de Yaguajay	Severina R.		829-898-1136
Bronchi Aquino	M	402-1003581-2	Platificador	Hosp. M. de Yaguajay	Bronchi A.		829-921-5863
Ygarriza Reyes S	F	082-0030085-8	Co. P.M.H	Hosp municipal yaguajay	Ygarriza		
Yvaine Buelaf.							



*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.

Código de la Acción de Capacitación: 20240701707
 Nombre de la Acción de Capacitación: GESTION DE DOCUMENTACION Y ARCHIVO
 Institución / Empresa: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Inicio: 14/02/2024
 Fecha de Término: 14/02/2024
 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	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M							OP	MM/G
1	40240035812	BRAYLIN MANUEL AQUINO MERCEDES	X		X	<i>Braylin A. Aquino Mercedes</i>						
2	08200251158	MASSIER LINABEL CARMONA CABRERA	X		X	<i>Yasoka Brea</i>						
3	40231237575	YAOSKA MARIA DE LOS SANTOS BREA	X		X	<i>Ana Guzman</i>						
4	08200157785	ANA FRANCISCA GUZMAN ROSARIO	X		X	<i>Yasoka Brea</i>						
5	40218189849	MARIA EMILIA JIMENEZ NOVA	X		X	<i>Ana Guzman</i>						
6	08200297334	BERENISE MATEO JOSE	X		X	<i>Yasoka Brea</i>						
7	08200262072	ODRYS DEWILCA MEDINA CUSTODIO	X		X	<i>Ana Guzman</i>						
8	40218523427	NILEYSI ESPERANZA MEDRANO ARIAS	X		X	<i>Yasoka Brea</i>						
9	00201719960	MARIA YORAYNE MEDRANO CORPORAN	X		X	<i>Ana Guzman</i>						
10	08200263575	CATEHRINE PALOMA NUÑEZ LEMOS	X		X	<i>Yasoka Brea</i>						
11	40240797825	MASIELL ODETT PEREZ BODRE	X		X	<i>Ana Guzman</i>						
12	08200162553	NUBIA TERESITA PEREZ LOPEZ	X		X	<i>Yasoka Brea</i>						
13	08200300898	YAJAIRA REYES SIERRA	X		X	<i>Ana Guzman</i>						
14	02300055148	SEVERINA ROSARIO ROSARIO DE JIMENEZ	X		X	<i>Yasoka Brea</i>						
15	08200201682	ESCOLATICA VARGAS GUZMAN	X		X	<i>Ana Guzman</i>						
Total			14	1	15							

Observaciones: _____
 Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica
 Yajaira Reyes S. *Yajaira Reyes S.* Asesor(a)
 Contraparte de la Empresa *Yajaira Reyes S.* Facilitador(a)
 Certificado: Físico Web
 Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto. _____



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

Institución: Hospital Municipal Yaguata Fecha: miércoles, 14 de febrero de 2024
 Trimestre correspondiente: PRIMER TRIMESTE ENERO -MARZO

Capacitación Programada	Área Requirente	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
GESTION DE DOCUMENTACION Y ARCHIVO	TODAS LA AREAS	EFICACIA PARA LA CALIDAD	Si	14	1	15		
TOTAL								RD\$0.00

Yajaira Ruz
 Responsable Dpto. de
 Recursos Humanos

