

Informe de Avances SISMAP Salud

Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas

Documento No.: INAP-FOF-029

Fecha de emisión: 03/07/2024

Fecha de revisión: N/A

Versión: 01

Institución: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Fecha: 22/3/2024

Responsable: Licda. Eraquia Ogando

Correo Electrónico: eraquiaogando18@gmail.com

| No. | Programa de Capacitación | Mes de Ejecución | Estatus | Observaciones |
|-----|--|------------------|---------|---------------|
| 1 | Humanización de los Servicios de Salud | Enero | Logrado | |
| 2 | Técnica de las 5S | Febrero | Logrado | |
| 3 | Ética Profesional | Marzo | Logrado | |
| 4 | Comunicación Efectiva | Abril | | |
| 5 | Inducción a la Administración Pública Nivel II | Mayo | | |
| 6 | Gestión y resolución de conflictos | Junio | | |
| 7 | Seguridad y Salud Ocupacional | Julio | | |
| 8 | Gestión de Calidad en servicio al Cliente | Agosto | | |
| 9 | Comunicación Efectiva | Septiembre | | |
| 10 | Ética Profesional | Octubre | | |
| 11 | Proceso de Gestión Administrativa | Noviembre | | |

Eraquia Ogando

Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello



| | |
|--|----|
| Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan | 11 |
|--|----|

| | |
|---------------------------|---|
| Programas Logrados | 3 |
|---------------------------|---|

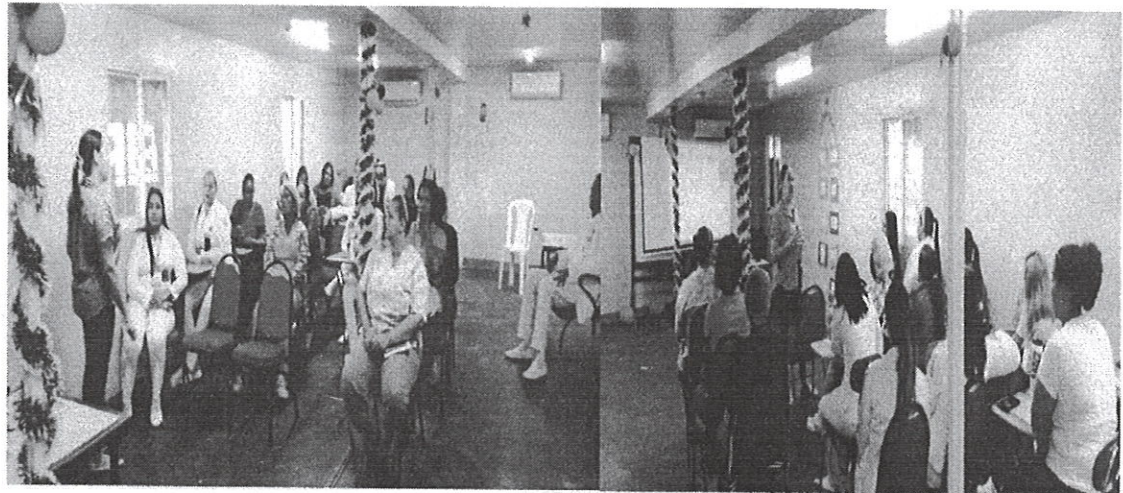
| | |
|--------------------|----|
| % de avance | 27 |
|--------------------|----|

Dirección O Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Actividad: Seguimiento Ejecución Plan de capacitaciones

Código: 3.2.1.1.01

Evidencias de la Capacitación, Humanización de los servicios de salud Fecha: 24 de enero 2024.



| Acuerdos/ Compromisos | Responsable | Plazo De Ejecución | Logrado | |
|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---------|----|
| | | | SI | NO |
| Coordinado(A) De Reunión | Licda. Eraquia Ogando Lorenzo | <i>Eraquia Ogando Lorenzo</i> | | |
| Relator(A) | | | | |



Código de la Acción de Capacitación:
Nombre de la Acción de Capacitación:
Institución / Empresa:
Facilitador(a):

SEMINARIO DE LOS PARTICIPANTES
DE LA EMPRESA
DE LA EMPRESA
DE LA EMPRESA
DE LA EMPRESA

Fecha de inicio:
Fecha de término:
Horario:
Total Horas Programadas:

21/11/2024
21/11/2024
A pagar

| No | Número de Cédula o Pasaporte | PARTICIPANTES Nombre(s) y Apellido(s) | SEXO | | | NIVEL MM/G | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | Result |
|---------|------------------------------|--|------|---|----|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | F | M | OT | | | | | | | | |
| 1 | 027-0355418 | MORALES Y PÉREZ | X | | | 21/11/2024 | | | | | | | C |
| 2 | 402-1386635-9 | MILLER DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 3 | 023-0142324-6 | GUERRERO RIVERA | X | | | | | | | | | | X |
| 4 | 023-0221215-1 | BAJARRERA ARELLANO | X | | | | | | | | | | X |
| 5 | 025-0044290-7 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 6 | 023-0000552-0 | MANGUERO HERRERA | X | | | | | | | | | | X |
| 7 | 023-0104444-2 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 8 | 402-2497615-8 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 9 | 402-2000434-0 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 10 | 402-2398412-9-1 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 11 | 023-0140434-8 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 12 | 402-2243583-2 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 13 | 023-0111296-1 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 14 | 402-2221244-0 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 15 | 027-0093444-2 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 16 | 023-2474483-3 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 17 | 026-0102249-8 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 18 | 023-0161498-4 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 19 | 402-1807444-9 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 20 | 402-2421332-2 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 21 | 023-0133331-0 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 22 | 023-0091103-1 | VALERIANO DE LA CRUZ | X | | | | | | | | | | X |
| 23 | | | | | | | | | | | | | X |
| 24 | | | | | | | | | | | | | X |
| 25 | | | | | | | | | | | | | X |
| Totales | | | 20 | 2 | 2 | | | | | | | | 22 |



F = Faltante, M = Meseterno, OP = Operario, MA = Maestros Medicos, G = Gerente, Resultado, C = Califica
 Certificados Falsos
 Observaciones

N/C = No califica

Contraparte de la Empresa
 Facilitador(a)

Asesor(a)
 Encargado(a) de División o Depto.

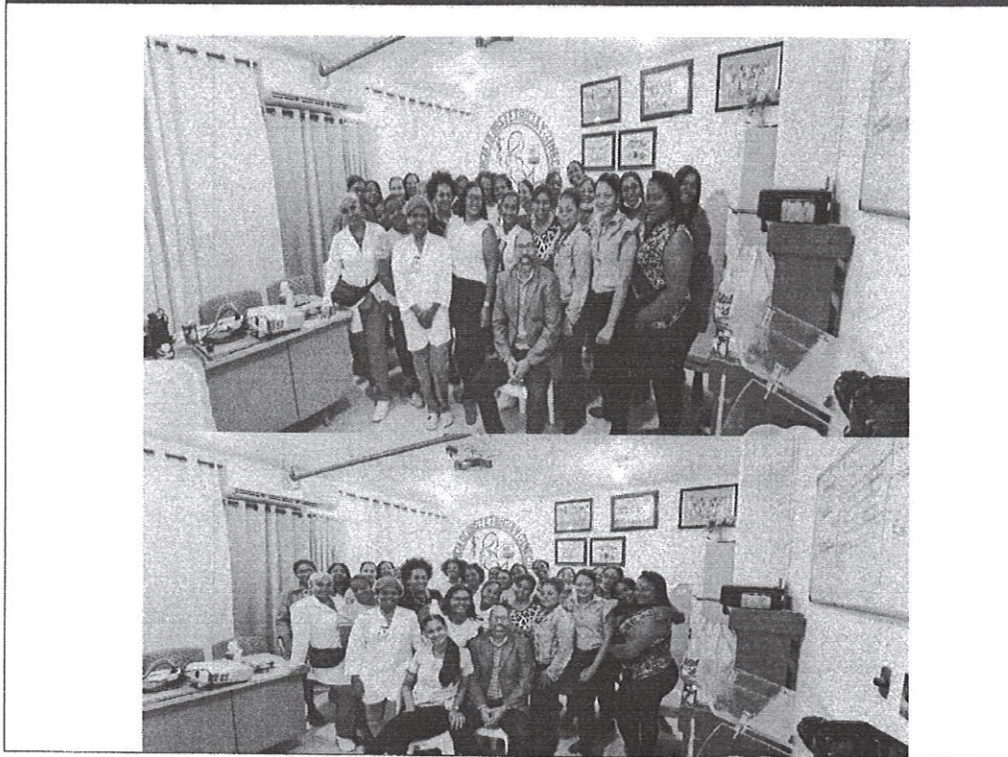
Dirección O Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Actividad: Seguimiento Ejecución Plan de capacitaciones SNS -2024

Código: 3.2.1.1.01

Evidencia de la Capacitación Técnicas de la 5 S

Fecha: 21 de junio 2024.



| Acuerdos/ Compromisos | Responsable | Plazo De Ejecución | Logrado |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------|---------|
| | | | SI NO |
| Coordinado(A) De Reunión | Licda. Eraquia Ogando Lorenzo | | |
| Relator(A) | | | |





Informe Trimestral de Ejecución del Plan de Capacitación

Nomenclatura: INAP-FAC-003

Tipo: Formulario

Version: 2

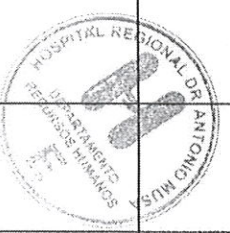
Vigencia: 22/11/19

Fecha: lunes, 24 de junio de 2024

Institución: Hospital Regional DR. Antonio Musa

Trimestre correspondiente: abril mayo junio.

| Capacitación Programada | Área Requerente | 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 |
|--|---------------------|--|---------------------------|--|---|--------------------------|---------------------------------|--------------|
| Humanización de los servicios de salud | Todas las Areas | Integrar comprensión vulnerables a las personas que asisten al centro hospitalario | 1 | 20 | 2 | 22 | RD\$250,00 | RD\$5.500,00 |
| Etica Profesional | Todas las Areas | Identificar algunas disyuntivas morales y así poder producir sus acciones con firmezas | 1 | 28 | 3 | 31 | RD\$250,00 | RD\$7.750,00 |
| Técnica de las SS | Area Administrativa | innovar a la eficiencia en distintas area para mejorar los resultados | 1 | 30 | 1 | 31 | RD\$275,00 | RD\$8.525,00 |
| | | | | | | | | RD\$0,00 |
| | | | | | | | | RD\$0,00 |





REPORTE DE EJECUCION DE ACCION DE CAPACITACION

RT-07-PT-ONA-040-2023
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 2024-0303-552 Fecha de inicio: 21/06/2024
 Nombre de la Acción de Capacitación: TECNICAS SS Fecha de término: 21/06/2024
 Institución/ Empresa: HOSPITAL REGIONAL DE ANTONIO MUSSA Horario: 08:00 AM - 12:00 PM
 Facilitador(a): JULIO MARQUEL JULIAN R. Total Horas Programadas: 8 A pagar Quince

| No | Número de Cédula o Pasaporte | Nombre(s) y Apellido(s) | SINO | | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | Resultado |
|---------|------------------------------|--------------------------|------|---|----|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| | | | F | M | OP | | | | | | | |
| 1 | 023-0008163-1 | E. MARIANA AGUIRRE | X | | | 21/06/2024 | | | | | | X |
| 2 | 402-4196194-5 | DANIELA ROSARIO | X | | | | | | | | | X |
| 3 | 023-0075755-9 | M. VERONICA GARCIA ROSA | X | | | | | | | | | X |
| 4 | 023-0149346-8 | JULY PATRICIA GARCIA | X | | | | | | | | | X |
| 5 | 402-2804117-2 | L. STAN GUGUEN | X | | | | | | | | | X |
| 6 | 023-002212-2 | MARCELA AGUIRRE | X | | | | | | | | | X |
| 7 | 023-011915-2 | GUZEL VALERIA DUBOVA | X | | | | | | | | | X |
| 8 | 023-0022745-8 | MARIA DEL CARMEN | X | | | | | | | | | X |
| 9 | 023-0136346-7 | SANDY ADELINA NIENA | X | | | | | | | | | X |
| 10 | 023-0079744-2 | JONAS RICHARDSON | X | | | | | | | | | X |
| 11 | 023-0155744-4 | MARIA FLORENTINA ESCOBAR | X | | | | | | | | | X |
| 12 | 023-0117296-7 | CLAUDIA ROSARIO | X | | | | | | | | | X |
| 13 | 023-0002383-2 | DINARA CHLOIA GUILAN | X | | | | | | | | | X |
| 14 | 023-0162185-6 | MARIA SOFIA BAER | X | | | | | | | | | X |
| 15 | 023-0126244 | RUTH ESTHER MATTE | X | | | | | | | | | X |
| 16 | 023-0051044-1 | ESMERALDA RODRIGUEZ | X | | | | | | | | | X |
| 17 | 402-3038292-4 | YOLANDA GONZALEZ DIAZ | X | | | | | | | | | X |
| 18 | 023-0132638-5 | YOHANNA SOFIA CADOT | X | | | | | | | | | X |
| 19 | 023-0148605-4 | DANIELA S. APARTE | X | | | | | | | | | X |
| 20 | 402-2953381-0 | JADE MEJIA | X | | | | | | | | | X |
| 21 | 102-2440787-7 | LILIANA PERA | X | | | | | | | | | X |
| 22 | 025-0016821-2 | DANIELA ALVAREZ | X | | | | | | | | | X |
| 23 | 023-0134851-3 | ALBAIDY A. RIVERO | X | | | | | | | | | X |
| 24 | 023-0153955-3 | TATIANA MENDOZA | X | | | | | | | | | X |
| 25 | 023-0012021-9 | CLAUDIA FELIPE | X | | | | | | | | | X |
| Totales | | | | | | | | | | | | |

F= Presente M= Ausente O=C= Operario MM= Mandatarios C= Gerente, Responsable, C= Cadete N/C= No califica
 Certificado Esso de
 OBSERVACIONES:



Facilitador(a): [Signature]

Asesor(a):

Encargado(a) de División o Depto:



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040.2023

Edición 3

Código de la Acción de Capacitación: 20240303552
 Nombre de la Acción de Capacitación: TELAUCAS 55
 Institución/ Empresa: AGENCIA REGIONAL DE PROMOCIÓN RUSA
 Facilitador(a): LUIS ROJAS

Fecha de inicio: 21/06/2024
 Fecha de término: 27/06/2024
 Horario: 08:00am - 4:00pm
 Total Horas Programadas: 5 A pagar RU\$0.00

| No | Número de Cédula o Pasaporte | Nombre(s) y Apellido(s) | SEXO | | | NIVEL | FECHA | Firmas asistencias de los participantes | | | | | | Resultado | | |
|----|------------------------------|-------------------------|------|---|----|-------|------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|---|
| | | | F | M | OP | | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | | FECHA | |
| 1 | 402-357459384 | Paola Lovelace C. | X | | X | | 21/06/2024 | | | | | | | | | X |
| 2 | 023-0076939-1 | Lina R. Guezo | X | | X | | | | | | | | | | | X |
| 3 | 023-0101495-8 | Daniela A. Luján | X | | X | | | | | | | | | | | X |
| 4 | 023-0123447-8 | Luis D. Pal | X | | X | | | | | | | | | | | X |
| 5 | 023-0031314-2 | Rita Elena Velazco | X | | X | | | | | | | | | | | X |
| 6 | 023-0121081-6 | Nelson Santoro | X | | X | | | | | | | | | | | X |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ex: Promotivo, M: Masculino, O: Operario, AN: ANTO, OR: ORANTO, MA: MAUSA, Gerente, Resultado, C = Cálida N/C = No califica
 Certificado Pura Ob
 OBSERVACIONES:



Facilitador(a): [Signature]

Asesor(a): _____

Encargado(a) de la Sesión o Expro: _____

31

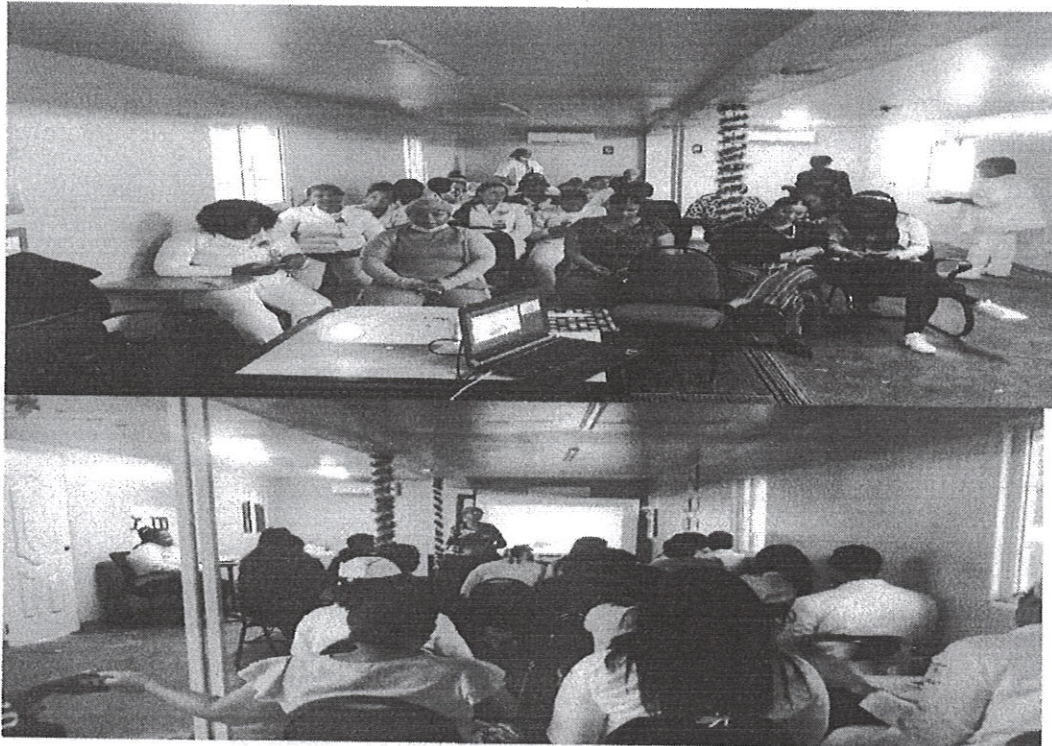
Dirección O Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Actividad: Seguimiento Ejecución Plan de capacitaciones

Código: 3.2.1.1.01

Evidencias de la Capacitación de Ética Profesional

Fecha: 15 de Marzo 2024.



| Acuerdos/ Compromisos | Responsable | Plazo De Ejecución | Logrado SI NO |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------|
| Coordinado(A) De Reunión | Licda. Eraquia Ogando Lorenzo | | |
| Relator(A) | | | |



Nombre de la Actividad:

Etica Profesional

Área Responsable: Recursos Humanos

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

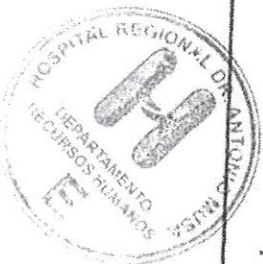
Fecha: 15/3/2023

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

Hora: 8:00am - 1:00pm

| Participantes | | | | | | |
|-----------------------|------------|----------------------|----------------|--------------------------------|----------------|-------------------------------|
| Nombre | Sexo (F/M) | Cédula (A solicitud) | Cargo | Instructor/Director/Área | Firma | Correo Electrónico o Teléfono |
| Emilia E. Ravina | F | 402-1490194-5 | Técnica | Regional Dr. Antonio Musa | <i>[Firma]</i> | |
| Yreina Santana S. | F | 402-2563723-7 | Digitalizadora | Reg. Regional Dr. Antonio Musa | <i>[Firma]</i> | |
| Alison Bilya Laguna | F | 402-3115691-6 | Asistente | HR Regional Dr. Antonio Musa | <i>[Firma]</i> | |
| Yvonne Dione Figueroa | F | 402-398935-5 | Secretaria | HR Regional Dr. Antonio Musa | <i>[Firma]</i> | |
| Priscila Parola | F | 402-2120228-0 | R2 | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Carol Carcer | F | 402-3145546-1 | R2 | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Daisy Godolano | F | 023002999-3 | Encl. | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Yvonne Parola | F | 02300120561-5 | Encl. | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Yvonne Parola | F | 023-02200234-4 | Encl. | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Wilmary Santana | M | 402-2512833-5 | R2 | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Hosareli Ramos | F | 402-1494693-4 | R1 | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Daniel S. Bricio | F | 402-2500334-8 | R1 ped. | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Yvonne Parola | F | 402-2330028-8 | R2 ped. | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Yvonne Parola | F | 402-0088161-1 | Encl. | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Yvonne Parola | M | 023-0001655-9 | Encl. | HR DAM | <i>[Firma]</i> | |
| Yvonne Parola | F | 023-0002423-5 | Encl. | HR DAM | <i>[Firma]</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.





Participantes

| Nombre | Sexo (F/M) | Cédula (A solicitud) | Cargo | Institución/Dirección/Área | Firma | Correo Electrónico o Teléfono |
|----------------------------|------------|----------------------|-----------|----------------------------|---------|-------------------------------|
| Donna Lidia Toledo | M | 023-01524559 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Walter de la Cruz | F | 023-102343265 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yvelis M. Torres | F | 402-2510791 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda C. Astacio Ramos | F | 023-0151561-1 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| MV. ONSA Oyarce S. 1161 | F | 402-2411055-1 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Beniffer Daniel R. Barrera | F | 402-2883340 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Marcelo Mantilla | F | 023-00101116 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| David Rafael Ortiz | F | 023-023-090351 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Martha M. de | F | 02300246576-1 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda W. de la Cruz | F | 402-2391268-9 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 023-01523955-3 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 0230027224-2 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 0230026510 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 023-01506445 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 023-01557149 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 402-2253200-0 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 402-223884-0 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 023-00100934 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 023-0024986-1 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |
| Yolanda S. Oyarce | F | 023-01363462 | Enfermera | Hosp. Dr. Antonio MUSA | [Firma] | 843-41032332 |

*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 manuscrita]

