

Nombre de la Actividad: **HRUJMCB3.2.1.1.01 Capacitacion Etiqueta e imagen personal**

 Área Responsable: **Division De Recursos Humanos**

 Fecha: **9/4/2024**

 Modalidad de la Reunión: Virtual  Presencial 

 Hora: **02:00PM a 05:00PM**

 Lugar/Plataforma: **Salon De Capacitaciones Area Administrativa**

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Vieneta de Lourdes Cabrera	F	031-0427633-6	Acc. especial	Reumatología	<i>[Firma]</i>	vien4312@gmail.com
Xabier Cabrera	M	402-0935268-7	seguridad	Departamento de seguridad	<i>[Firma]</i>	xabier.cabrera28@gmail.com
William Aguero Aguero	M	0150004088-2	Seguridad	D: Seguridad	<i>[Firma]</i>	829 548-7883
Juan Carlos Betances	M	402-3212856-9	Auxiliar	Dep. Dependencia	<i>[Firma]</i>	829-572-1708
Maria Teresa González	F	402-1113254-9	aux. adm.	Contabilidad	<i>[Firma]</i>	829-401-0098
Laura Mercedes Rodríguez	F	402-2020538-3	aux. adm.	Contabilidad	<i>[Firma]</i>	849-642-9948
Silvia González Vera	F	402-1121052-7	aux. adm.	Contabilidad	<i>[Firma]</i>	829-401-2369
Lariza Ramos	F	402-1834634-9	aux. adm.	Contabilidad	<i>[Firma]</i>	809-250-1167
Franklin Rodríguez	M	402-2787689-9	soporte	TIC	<i>[Firma]</i>	829-481-5174
Alicia Cristina Font	F	122-0004349-0	Secretaria	Depto. Vascular/Plástico	<i>[Firma]</i>	809-975-7778
Yanet Cecilia Masde A.	F	031-0293130-0	Secretaria	Med. Interna	<i>[Firma]</i>	809-953-0922
Marcelyn Cruz	F	031-0385000-0	Secretaria	Oftalmología	<i>[Firma]</i>	829-570-0822
Arnelka Alcántara Díaz	F	402-2208406-9	Aux. Farmacia	Almacén de Farmacia	<i>[Firma]</i>	849-864-7734
Karina Díaz Rivera	F	402-2325840-4	Aux. Farmacia	Almacén de Farmacia	<i>[Firma]</i>	849-258-2426
Charlina Simenez	F	402-1804323-6	Aux. Farmacia	Atención a Usuario	<i>[Firma]</i>	829 40 9 5740
Helissa Perez	F	402-2273006-6	Secretaria	Atención al usuario	<i>[Firma]</i>	829.209.1993

\*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: 20241003848

Fecha de Inicio: 09/04/2024

Nombre de la Acción de Capacitación: ETIQUETA E IMAGEN PERSONAL

Fecha de Término: 09/04/2024

Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: \_\_\_\_\_

Nº.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	03102931700	YANET CECILIA ACOSTA ACOSTA	X		X		Yanet Acosta						
2	40222084069	ANIBELKA ALCANTARA DIAZ	X		X		Anibelka						
3	01500040892	WILIAN AQUINO AQUINO		X	X		Willian Aquino						
4	40209352687	LIZ XABIER CABRERA		X	X								
5	03104276336	VIENELA DE LOURDES CABRERA VENTURA	X		X		Vienela						
6	03105046282	ANA LORENZA CASADO CARABALLO	X		X								
7	40211431297	ROSY YAMILEX CHAVEZ SILVERIO	X		X		Rosy Chavez						
8	03103850800	MIGUELINA MERCEDES CRUZ LUNA	X		X		Miguelina Cruz						
9	40223858404	KARINA ALTAGRACIA DIAZ RUBEN	X		X		Karina D.						
10	04600325163	ELSA ALTAGRACIA ESPINAL ESTEVEZ	X		X								
11	40225621743	KAROLIN FERNANDEZ PEÑA	X		X								
12	03105193373	VERONICA MARIA FLETE GARCIA	X		X		Veronica Flete						
13	40226365282	LAURA MASSIEL HOLGUIN BAUTISTA	X			X	Laura H.						
14	40218043236	CHARLINA MERCEDES JIMENEZ MONES	X		X		Charlina						
15	40211210527	SILVIA CORNELIA PEÑA GOMEZ	X		X		Silvia						
16	40222573046	YULISSA MARIA PEREZ TORIBIO	X		X		Yulissa						
17	12200043490	ANA CRISTINA RAMOS GARCIA	X		X		Ana Cristina						
18	40227876899	FRANKLIN RODRIGUEZ BRITO		X	X		Franklin B.						
19	03100187693	ENRIQUETA TEJADA LIMA DE CABRERA	X		X		Enriqueta Lima						
20	03101960171	JUANA JUSTINA UCETA VALERIO	X		X		Juana Ureta						
21	40211132549	ROSE UREÑA GONZALEZ	X		X		Rose Ureña						
Total			18	3	20	1						Total	

Observaciones:

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

Certificado: Físico  Web



Facilitador(a)

Asesor(a)

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





## REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Acción de Capacitación: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
 Institución/ Empresa: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
 Facilitador(a): \_\_\_\_\_ Total Horas Programadas: \_\_\_\_\_ A pagar \_\_\_\_\_

No	PARTICIPANTES		SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firmas asistencias de los participantes					C	N/C
1	402-1834639-9	Laritzia Ramos	X			X	Laritzia						
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
		Totales											

Levendas:

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

Certificado Físico  Web   
OBSERVACIONES:



\_\_\_\_\_  
Contraparte de la Empresa

*Budoyf*  
\_\_\_\_\_  
Facilitador(a)

\_\_\_\_\_  
Asesor(a)

\_\_\_\_\_  
Encargado(a) de División o Depto.



## ANEXO CAPACITACIÓN ETIQUETA E IMAGEN PERSONAL





**Nombre de la Actividad:** HRUJMCB3.2.1.1.01 Capacitacion Humanizacion De Los Servicios

**Área Responsable:** Division De Recursos Humanos

**Fecha:** 24/4/2024

**Modalidad de la Reunión:** Virtual  Presencial 
**Hora:** 02:00PM a 04:00PM

**Lugar/Plataforma:** Salon De Capacitaciones Area Administrativa "Hospital Cabral y Baez"

**Participantes**

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Anthony Ramirez	M	401-2531050-3	Emergencias	Hospital cabal y baez Emergencia	Anthony	anthonyramirez0396@gmail.com
Isbeth Hernandez	F	40220437780	Endo.	Secund Ocupacion	Isbeth	829-603-0259
Rouse smherlin Gurmey	F	402-1147123-6	Presente	Salud ocupacional	Rouse	849-398-2352
Jean M. Rooder	F	00-02678-9	Emergen	HOSPITAL CABRAL Y BAEZ	Jean	829-071-7028
Yormanica GARCER	F	0660024309-0	Emergencia	Hospital cabal y baez	Yormanica	82928560341
Jannery Castillo	F	031-0457624-8	F. Control	Hospital Cabral y Baez	Jannery	809-446-8144
Brenda E. Goni	F	403-218401-5	Medico	HUBOX B	Brenda	809-889-0908
Aurora Jimenez	F	031-0379636-6	Sup Hiej	Los Reys	Aurora	809-654-1655
Maithe Beaty Say	F	03700918845	RIV Eng	Hosp Cabral y Baez	Maithe	809-662-6851
Liscaury Riquelme H	F	402-1019605-8	Secretaria	Hospital Cabral	Liscaury	849-351-4243
Jean Manuel D. Javier	M	031-0498954-0	RT ENG	HRU JMCB	Jean	829-639-8571
Ana Cristina Romo	F	122-0004349-0	Secretaria	Cirurgia Plastica/Vascular	Ana	809-975-7778
Soleika Rojas	F	031-0473848-3	Secretaria	ATENCION al usuario	Soleika	829-524-0628
Michel Reyes Gautreaux	F	402-2221884-0	Residente Emergencias	HRU JMCB	Michel	829-639-5400
Marcelina Alt Hilde	F	031-0092210-3	Secretaria	salud mental	Marcelina	8297996714
Urbano Flite	F	031-0519337-3	Secretaria	UCI	Urbano	849-917-0272

**\*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





Código de la Acción de Capacitación: 20241004317

Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Fecha de Inicio: 24/04/2024

Fecha de Término: 24/04/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: \_\_\_\_\_

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado		
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC
1	40209352687	LIZ XABIER CABRERA		X	X									
2	03104576248	JANNERY YENIFER CASTILLO CASTILLO	X		X		Jannery							
3	40221455898	RAMON ANTONIO DE JESUS RODRIGUEZ		X	X									
4	03105193373	VERONICA MARIA FLETE GARCIA	X		X		Veronica Flete							
5	06600243890	YORMANIA GARCIA GARCIA	X		X		Yormania G							
6	40221421015	BRIANDA CAROLINA GORIS ROJAS	X		X		Brianda							
7	40211471236	ROUSE SMHALYN GUZMAN MUÑOZ	X		X		Rouse							
8	40220437780	LISBETH GAUDELIA HERNANDEZ PEÑA	X		X		Lisbeth H							
9	03100472103	MARCELINA ALTAGRACIA HIDALGO ROQUE	X		X		Marcelina							
10	03104989540	JOAN MANUEL J.J. JAVIER GOMEZ		X	X		Joan							
11	03103396366	AWILDA CARILUZ JIMENEZ BRUNO	X		X		Awilda Jim							
12	03104251925	ALEXANDER DE JESUS MARTINEZ LUCIANO		X	X									
13	40225310503	ANTONIO RAMIREZ		X	X		Antonio ramir							
14	12200043490	ANA CRISTINA RAMOS GARCIA	X		X		ACRG							
15	40210186058	LISCAURY RAMOS HERNANDEZ	X		X		Liscaury Ram							
16	03104738483	SOLEIKA JULIANA REYES CRUZ	X		X		Soleika Reyes							
17	40222218840	MICHEL ELIANNE REYES GAUTREAU	X		X		Michel R.							
Total			12	5	17									

Observaciones:

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

Certificado: Físico  Web



*Dorila Rodriguez*  
Facilitador(a)

\_\_\_\_\_  
Asesor(a)

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

Contraparte de la Empresa



Código de la Acción de Capacitación: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Acción de Capacitación: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
 Institución/ Empresa: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
 Facilitador(a): \_\_\_\_\_ Total Horas Programadas: \_\_\_\_\_ A pagar \_\_\_\_\_

No	PARTICIPANTES	SEXO	NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
			F	M						OP	MM/G
1	Número de Cédula o Pasaporte: 04500268794 Nombre(s) y Apellido(s): Jodelis M. Rodriguez	X		X							
2	Número de Cédula o Pasaporte: 03700918349 Nombre(s) y Apellido(s): Matilde B. Sanchez	X		X							
3	Número de Cédula o Pasaporte: 40025310503 Nombre(s) y Apellido(s): Anthony Roming		X								
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
Totales											

Leyendas:

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

Certificado Físico  Veb   
OBSERVACIONES:



*Daiana Padilla*

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.



**ANEXO CAPACITACIÓN HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**





**Establecimiento: Hospital Cabral Y Báez**  
**Departamento: División De Recursos Humanos**

Fecha 24/05/2024

Tema actividad:

Ejecución del plan de capacitación srs-2024  
HRJMCCB3.2.1.1.01



*Isabel Antonia Díaz*  
**Lic. Isabel Antonia Díaz**  
Enc. División De Recursos Humanos  
HRJMCB.



*Bernardo Antonio Hilario*  
**Dr. Bernardo Antonio Hilario**  
Director General  
Dirección General  
HRJMCB.

**Anexos:** Se adjunta el listado de asistencia de la capacitación. Así como los documentos correspondientes.



Nombre de la Actividad: **HRUJMCB3.2.1.1.01 Capacitación Manejo De Almacen**

 Fecha: **8/5/2024**

 Área Responsable: **Division De Recursos Humanos**

 Modalidad de la Reunión: Virtual  Presencial 

 Hora: **02:00PM a 04:30PM**

 Lugar/Plataforma: **Salon De Capacitaciones Área Administrativa "Hospital Cabral y Baez"**
**Participantes**

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Vesponico Luciano	F	402-232846-4	Auxiliar	Compras	Veronica Lina	829-871-1078
Maria Alt Vargas	F	0310552422-1	C. Aux. F.	Farmacia	Maria Vargas	829-916 0207
Rafael Toribio	F	02-1109227-1	FRANCIÓN	Consulte.	heily t.	829 960 4751
Anibelwa Acantara	F	402-2204406-9	Aux. Farmacia	Almacén de Farmacia	Asil	649-864-7734
Emeliana Garcia B.	F	031-0491323-5	Buzón F.	Farmacia	Emeliana Garcia	809-250-6217
Jannery Castillo	F	031-0457624-8	Aux. Adm.	Farmacia Central	Jannery Castillo	809-446-8144
Wanda U Renta	F	046-0023096-7	Mesajera	Farmacia Central	Wanda U Renta	809-419-2129
Luzdel Alba Lucero	F	402-2090606-2	Coc. Farmacia	Farmacia Central	Luzdel Alba Lucero	829-206-5195
Jesús Pérez Estell	F	031-0448315-8	Coc. Almac.	almacen medicama	Jesús Pérez	809-729-7626
Nuebla Reina de Reyes	F	031-046925-8	Farmacéutica	almacen	Nuebla Reina	809-683-64-80
Nelson Helario Urrutia	M	031-0214492-4	Sup. Inv.	Contabilidad	Nelson Urrutia	849-254-9914
José Ángel de Jesús	M	039-0014227-4	Aux. cont.	Contabilidad	José Ángel de Jesús	829-805-3774
Dionisia Gama	F	039-0009488-6	Aux. Fca	Farmacia Central	Dionisia Gama	829-388 18 81
Kass Smithyn Guzman	F	402-4477123-6	Pasante	Recursos Humanos	Kass Smithyn	849-398-2852
Kardyn Fernández	F	402-2502174-3	ASIST	Sub-Dirección	Kardyn Fernández	809-765-2950
Geodysa Olvera de Helario	F	031076147-0	Secretaria	Despensa	Geodysa Olvera	829-621-1920

\*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.





## ANEXO CAPACITACIÓN MANEJO DE ALMACEN





Nombre de la Actividad: HRUJMCB3.2.1.1.01 Capacitacion Manejo De Inventario

 Área Responsable: Division De Recursos Humanos

 Fecha: 23/5/2024

 Modalidad de la Reunión:  Virtual  Presencial

 Hora: 02:00PM a 05:00PM

 Lugar/Plataforma: Salon De Capacitaciones Area Administrativa "Hospital Cabral y Baez"
**Participantes**

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Antonice Lidiano	F	402-7378464	Auxiliar	Compras	Antonice Lidiano	829-871-1078
Edmundo Jorg	F	031-03149344	Cre.	Am. Seminarios	Edmundo Jorg	829-536-3008
Yvonne Flite	F	031-0519337-3	Secretaria	UCI	Yvonne Flite	849-912-0272
Jose Ureña	M	402-1113264-9	Aux. adm.	Contabilidad	Jose Ureña	829-706-0098
Yajaira Ramos	F	402-1834639-9	Aux. Contab	Contabilidad	Yajaira R	809-250-1167
Dionicia Ferra Rojas	F	039-00044896	Aux. Fin	Fin Central	Dionicia Ferra	829-388-1881
Carra Madelin Gutierrez	F	031-055908	Co. Farma	Farmacia central	Carra Madelin	829-550-9967
Mariamagdalena Flite	F	03103795674	Aux Farmacia	Farmacia Central	Mariamagdalena	829-974-6652
Jenny Castell	F	031-0576248	Aux Farm	Farmacia Central	Jenny Castell	809-446-8144
Wanda Ureña	F	046-0023098	MESASERA	Farmacia Central	Wanda U	809-419-2129
Maria del Rosario	F	031-055-2421	Aux. Farm.	Farmacia central	Maria del Rosario	829-916-0207
Arbelina Alcántara	F	402-2208406-4	Aux. Farm	Almacén de Farmacia	Arbelina	449-864-7731
Rosanna Reyes	F	051-0019925	Aux. Farm	Almacén Farmacia	Rosanna R	829-459-0880
Karina Flite	F	402-2385840-4	AUX. F.	Almacén Farmacia	Karina Flite	849-258-2426
Francisco Marino	M	031-05149615	Aux. F.	Farmacia central	Francisco	829-398-6228
Ana Lucinda Casado	F	031-0504628-2	secretaria	Salud mental	Ana Lucinda	829-903-6565

\*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









Código de la Acción de Capacitación: 20241005080

Nombre de la Acción de Capacitación: ASPECTOS GENERALES DE LOS INVENTARIOS

Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Fecha de Inicio: 23/05/2024

Fecha de Término: 23/05/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: \_\_\_\_\_

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado			
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes						C	NC	
1	40222084069	ANIBELKA ALCANTARA DIAZ	X		X		Anibelka								
2	03101761470	GLADYS ALTAGRACIA ALONZO SANCHEZ	X		X										
3	03400425983	YOHANNA MARIA BARE	X		X										
4	03100256241	AMIN ANTONIO CARVAJAL REYNOSO		X	X		Amin								
5	03105046282	ANA LORENZA CASADO CARABALLO	X		X		Ana Casado								
6	03104576248	JANNERY YENIFER CASTILLO CASTILLO	X		X		Jannery								
7	04701505689	ANA MARIA CEPEDA LOPEZ	X		X										
8	05900142224	JOSE ANGEL DE JESUS VELEZ		X	X		Jose Angel								
9	40223858404	KARINA ALTAGRACIA DIAZ RUBEN	X		X		Karina								
10	03105193373	VERONICA MARIA FLETE GARCIA	X		X		Veronica Flete								
11	03103795674	MARIA MAGDALENA FLETE PEREZ	X		X		Maria Flete								
12	40235062706	ESMERALDA GARCIA	X		X										
13	03105590982	ANA MADELIN GUTIERREZ	X		X		Madelin								
14	40223284064	VERONICA LIRIANO CEBALLOS	X		X		Veronica								
15	03103149344	EDUVIGES MARIA LOPEZ TAVAREZ	X			X	Eduviges								
16	40222231041	ANNY ESTEFANY MENDOZA JIMENEZ	X		X										
17	03105149615	FRANCISCO ALFREDO MUÑOZ ESPINAL		X	X		FRANCISCO								
18	03900044896	DIONICIA PARRA RODRIGUEZ	X		X		Dionicia								
19	40218346399	LARITZA ALTAGRACIA RAMOS RAMOS	X		X		Laritz								
20	05100199255	ROSAANNA ALTAGRACIA REYES PEÑA	X		X		Rosanna								
21	04600230967	WANDA UNICE UREÑA CABRERA	X		X		Wanda								
22	40211112549	JOSE UREÑA GONZALEZ	X		X		Jose Ureña								
23	03105524221	MARIA ALTAGRACIA VASQUEZ JIMENEZ	X		X		Maria Vasquez								
<b>Total</b>			<b>26</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>1</b>							<b>Total</b>		

Observaciones:

Legenda: 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

Facilitador(a)

Asesor(a)

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



## ANEXOS DE CAPACITACION MANEJO DE INVENTARIO





**Nombre de la Actividad:** HRUJMCB 3.2.1.1.01 Ejecucion Plan de Capacitacion SRS 2024 (Humanizacion de los servicios)

**Área Responsable:** Division De Recursos Humanos
**Fecha:** 21/6/2024
**Modalidad de la Reunión:** Virtual  Presencial 
**Hora:** 10:00 A.M. Hasta 12:00. P.M.
**Lugar/Plataforma:** Salon De Capacitaciones Area Administrativa Hospital Cabral y Baez
**Participantes**

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Lisbeth Hernández	F	40220437780	Enca. Saencl	Ocupacional	LT	829-403-0259
Luz del Alba Luciano Beltré	F	402-2090606-5	Coord FC	Farmacia Central	luzbeltré	409-206-5195
Gregorio Natividad Pina	F	092-21128692	aux	Farmacia Central	Gregorio P.	829721 6722
Lilys Antigua	F	402-2435708-3	Headclini	Emergencia	Lilys Antigua	809-817-4618
Romón de Jesus B.	M	40221455898	Residente	Emergencia	Romón B.	829 6839937
Yolanda Baubela	M	019-0666135	sup.	seguridad	Yolanda B.	809-8621892
Lorenzo María Abreu	M	031-05567485	Superiv.	Recursos humanos	Lorenzo A.	829-522-5542
maria del Carmen Pineda	F	03104105778-3	auxiliar	Cosina	maria del C.	829-550-3438
Adriana Lora Cerezo	F	03102791015	Cosina	Cosina	Adriana	829-768-9588
Mercedes M. Valero	F	031-01252587	Secretar	Certificación	Mercedes	829-216-1719
Miraflores Antigua Pina	F	031-0194435-7	Secretar	Certificación	Miraflores	829-702-3737
Luzmila Pina	F	031-00399579	locua	Encargada	Luzmila P.	809-981-8116
Cristina M. Hilario Muñoz	F	402-1044138-8	Aux. Adm.	Tesoreria	Cristina Hilario	829-919-2001
Wilman A. Moreno	M	402-13084708	Activo Fijo	Activo Fijo	Wilman A.	809-318-8118
Elba Morillo	F	03103955619	Sup	Emergencia	Elba Morillo	809 657-3767

\*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





**Participantes**

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Jose Luis Varga	M	0710048206	Enc	Lavandería	JSV	8296218089
Noelinda	F	402-21211960	Supervisor	Enfermería	Noelinda	809-781-8670
Ayela Monte	F	031-0391277-9	Sup	Neumología	Ayela	809657-9204
Rosanny Perez	F	402-23379344	Sup	Enfermería	Rosanny	809-783-4232

**\*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

Código de la Acción de Capacitación: 20241007385 Fecha de inicio: 21/06/2024  
 Nombre de la Acción de Capacitación: Humanización en los servicios de Fecha de término: 21/06/2024  
 Institución/ Empresa: Hospital Universitario Cabral y Base Horario: 8 A 4 PM  
 Facilitador(a): Paula Rodríguez Total Horas Programadas: 8 A pagar 8

No	Número de Cédula o Pasaporte	PARTICIPANTES Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO				NIVEL	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
			F	M	OP	MM/G							C	N/C
1	40224352053	Eilyn Santiago	X		X		21/06/2024						X	
2	044900656135	Pablo Bautista Torres		X	X								X	
3	4022455898	Ramon de Jesus Rojas		X	X								X	
4	03104057193	Mano del Suroeste	X		X								X	
5	40220906065	José del Altra Soriano	X		X								X	
6	09210125693	Gregorio M. Pantoja	X		X								X	
7	03102291013	Zobaida S. Cerda	X		X								X	
8	03101252587	Mercedes M. Valerio	X		X								X	
9	0310944352	Milady A. Lopez	X		X								X	
10	03100399579	Susana Diaz		X	X								X	
11	40210441388	Cristina Hilaris		X	X								X	
12	40213084706	Wilmon A. Montano		X	X								X	
13	03105567455	Larayo M. Abreu		X	X								X	
14	40220443780	Sirbata Hernández	X		X								X	
15	03102691067	Clara Martínez	X		X								X	
16	03101891132	Paula Santos Pantoja	X		X								X	
17	40221211960	Moselin Colon	X		X								X	
18	03103912228	Angela Monte	X		X								X	
19	03100482060	José Luis Vargas		X	X								X	
20	03103959619	Elba Morillo	X		X								X	
21														
22														
23														
24														
25														
Totales			15	5	20									20

Legendas:

F= Femenino, M= Masculino, OP= Operarios, MM= Médicos, Gerente, Resultado. C= Califica N/C= No califica

Certificado Físico  Ver OBSERVACIONES:



Contraparte de la Empresa

Paula Rodríguez  
Facilitador(a)

Facilitador(a)

Asesor(a)

[Signature]  
Encargado(a) de División o Depto.

Encargado(a) de División o Depto.



Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040:2023

**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.

**Facilitador:** Se escribe el nombre del facilitador que imparte 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

**Horario:** Se escribe el horario en que se ejecutará la acción formativa. Ej. 8:00 a.m. - 12:00 m.

**Total Horas Programadas:** 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 marca con una X 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 total de participantes que Califican y No Califican.

**Observaciones:** Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

**Empresa:** Se escribe 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.

**Encargado de División o Depto.:** El encargado responsable de la division o 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 marcara con una X en el recuadro Web.

<b>INFOTEP</b>	
DIVISIÓN DE REGISTRO Y ESTADÍSTICAS	
27/6/24, 01/7/2024	
FECHA DE ENTRADA	
03/7/24	
FECHA DE CIERRE	
405	
LIBRO	
FOLIO	
310	

LIBRO	
FOLIO	
FECHA DE CIERRE	
FIRMA	
FECHA DE ENTRADA	
27/6/24	
13/7	
REGISTRO Y ESTADÍSTICAS	
DIVISIÓN DE	
INFOTEP	



## ANEXOS CAPACITACION HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS

