

 	Informe de Avances SISMAP Salud	Documento No.: INAP-FOF-029
		Fecha de emisión: 03/07/2024
		Fecha de revisión: N/A
		Versión: 01
Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas		

Institución: Hospital Dr. Luis Espailat, Sabana Iglesia
 Departamento de Recursos Humanos
Fecha: 16/9/2024
Responsable: Humanos
Correo Electrónico: rr.hhhospsabanaiglesia@gmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Inducción a la Administración Pública Municipal Nivel I	Abril	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartió antes.
2	Inducción a la Administración Pública Nivel II	marzo	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartió antes.
3	Inducción a la Administración Pública Nivel III	Febrero	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartió antes.
4	Ley 41-08 De Funcion Pública	Octubre	Logrado	corresponde en noviembre
5	Supervisión Efectiva	Octubre	Logrado	Programada con Infotep para el 17 de SEPTIEMBRE
6	Técnica de Enfermería	Septiembre	Logrado	programada con INFOTEP PARA EL 20 DE SEPTIEMBRE
7	Relaciones Humanas	Agosto	Logrado	
8	Manejo Efectivo del Tiempo	Julio	Logrado	
9	Ética, Deberes y derechos del servidor público	Junio	Logrado	
10	Trabajo en Equipo	Junio	Logrado	
11	Manejo de Residuos	mayo	Logrado	
12	Humanización y Compromiso	Mayo	Logrado	
13	Atención al Usuario	Agosto	Logrado	

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
13

Programas Logrados
13

% de avance
100

Kiomara Reyes

Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN



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

Fecha de inicio: 20/09/2024
Fecha de término:
Horario:
Total Horas Programadas: A pagar

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
			F	M	OP	MM/G							C
1	03105352268	Maria G. Tierno	✓										
2	03103374397	Dulce M. Frías N.	✓										
3	03500179134	Justina Capelán	✓										
4	06500183329	Tomaso Medina	✓										
5	031017816352	Maria R. Diaz											
6	06100317145	Jean C. Hernandez											
7	40240633160	Crisbel Cabrera	✓										
8	04900389562	Miriam Cáceres											
9	3500002937	Nemesis Santiago											
10	03103079897	Maria Cecilia Sosa											
11	40208955782	María H. Alvarez											
12	4209515598	Dilcia Girilon											
13	03105110328	Ana Gisla											
14	0410003929	Rosaura Caraballo											
15	03104183508	José L. Diaz L.											
16	04900389570	Mirslia Cáceres											
17	40232033064	Daniela Tinco											
18	40243774582	Brahian M. Cruzada											
19	03100375082	Fredesunda Vargas											
20	03103569589	Yolanda Diaz											
21	402183200-4	Denisse Alegria m.n											
22													
23													
24													
25													
Totales													

Legendas:

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

Certificado Físico Web
OBSERVACIONES:

Encargado(a) de la Empresa: Xiomara Reyes Asesor(a): Julia Frías
Facilitador(a): Julia Frías
Encargado(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 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 fi 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_o 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 W con una X en el recuadro Web.



Nombre de la Actividad: HMSDLE 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 (Supervisión Efectiva).

Área Responsable: Departamento de Recursos Humanos

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Lugar/Plataforma: Salon de Conferencias , Hospital Dr. Luis Espallat Sabana Iglesia

Fecha: 17/9/2024

Hora: 8:00am

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Xiomara del C. Reyes	F	031-05103251	ENCARJADA	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Xiomara Reyes	809-975-2114
Daniela Rodríguez	F	402-18210005	Enc. Contable	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Daniela Rodríguez	809-758-1597
Denisse Morales Ruiz	F	402-18330104	aux adm	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Denisse Morales Ruiz	809-389-4327
Ramona del C. Rodríguez	F	031-03737816-4	Encargada	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Ramona del C. Rodríguez	829-789-9035
Esperanza Morales	F	057-00065823	Enc. de Exp.	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Esperanza Morales	829 921 2602
Yannick Peña	F	350-000210-1	Jefe Exp. S.	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Yannick Peña	844-3306602
Valentín Hernández	M	063-0030642-6	mantenimiento	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Valentín Hernández	809-509.90150
Sonia Gómez P	F	031-0482335-0	DIR. GMA/ST	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Sonia Gómez P	809.698/417
Elvira Alarcón Díaz	F	402-1786156-24	PROCESO	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Elvira Alarcón Díaz	809-664-2158
Guadalupe Rodríguez	F	052-00105724	Sub. Lenguaje	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Guadalupe Rodríguez	809.975.0263
Graciela Ben	F	031-051909-7	Farmacéutica	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Graciela Ben	829-722-6791
Yannick Peña	F	031-0482335-0	ENC. ADM	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Yannick Peña	809-698-417
Adriana Cruz	F	001-1572009-3	Secretaria	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Adriana Cruz	809-474-5812
Ramona M. Hernández	F	031-0547244-7	Bioanalista	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Ramona M. Hernández	849-450-0190
Yannick Peña	F	049-0038952	Sub. Exp.	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Yannick Peña	829 880 9867
Yannick Peña	F	031-0503283-7	Asistente	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Yannick Peña	829-743-7649

*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.

Xiomara Reyes

Xiomara Reyes

REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN



Código de la Acción de Capacitación: 20241011708
 Nombre de la Acción de Capacitación: SUPERVISIÓN EFECTIVA
 Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 17/09/2024
 Fecha de Término: 17/09/2024
 Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel			Firma Asistencia de los Participantes	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM	GG					C	NC
1	04900399570	URSULA MERCEDES CACERES JIMENEZ	X				X	<i>Ursula Jimenez</i>					
2	40212861864	ELVIA ALTAGRACIA DIAZ VALERIO	X				X	<i>Elvia Diaz</i>					
3	03104823350	SONIA GOMEZ PERALTA	X		X			<i>Sonia Gomez</i>					
4	03105472447	KARINA MARIA HERNANDEZ BAEZ	X		X			<i>Karina Hernandez</i>					
5	05300306486	VALENTIN HERNANDEZ BAUTISTA		X			X	<i>V. Bautista</i>					
6	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X				X	<i>Denisse</i>					
7	03105103281	XIOMARA DEL CARMEN REYES RODRIGUEZ	X				X	<i>Xiomara</i>					
8	03103738864	REYNA DEL CARMEN RODRIGUEZ NUÑEZ	X		X			<i>Reyna</i>					
9	03105032837	YRENE ALTAGRACIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	X				X	<i>Yrene</i>					
10	03105119097	GREGORIA MIGUELINA ROSEL YNOA	X				X	<i>Gregoria R.</i>					
Total													

Observaciones:

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

Xiomara Baez
 Contraparte de la Empresa

[Signature]
 Asesor(a)

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

Certificado: Físico Web



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 cojejo 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 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.



Nombre de la Actividad: HMSDLE 3.2.1.1.01 Ejecucion plan de capacitacion SRS-2024 (Ley de Funcion Publica 41-08).

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 22/10/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 8:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS, HOSPITAL DE SABANA IGLESIA

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Denisse Alt morales nuñez	F	402-1833010-4	aux adm	HOSP Dr. Luis Espallat	<i>Denisse</i>	809-389-4327
Yarel Alfrédico de la Cruz	F	031-0503283-7	Analista de apoyo	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>Yarel Alfrédico</i>	829-74327649
Marisel del Carmen Ceballos	F	402-3992376-2	aux farmacia	HOSP. Dr. Luis Espallat	<i>Marisel (aux)</i>	209-666-3147
Zandy K.K. Bunker	M	035-0020082-3	Electricista	, , , , ,	<i>Zandy</i>	829-733-7954
Cervio Jait Rodriguez	M	402-2232266-7	Enc. Monitor	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>[Signature]</i>	829-791-4463
P.C. VA	F	031-0177878	Supervisor	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>P.C. VA</i>	829 568 1051
Arlet Rodriguez	F	402-1555270-5	Compras	Hosp. Dr. Luis Espallat	<i>Arlet</i>	809-642-3151
Veronica Jara	F	350-0002107	As. E. S. P.	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>Veronica</i>	849-330 6602
Yaima María Almonte M	F	031-0487736-4	Auditor	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>Yaima</i>	809-654-6822-
Esperanza morales	F	05700065823	Enc. de apoyo	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>Esperanza</i>	829 920 2602
Urbela Cocero	F	04900359520	Enc. S. O. B.	, , , , ,	<i>Urbela Cocero</i>	829 350 9867
Eustaquia Gutierrez P	F	05000105721	Enc. S. O. B.	HOSP Dr. Luis Espallat	<i>Eustaquia</i>	8099750263
Ada de la Cruz	F	001-157009-3	Secretaria	HOSP. Dr. Luis Espallat	<i>Ada</i>	809 474-5812
Daniela Rodriguez	F	402-1501608	Contadora	Hosp. Dr. Luis Espallat	<i>Daniela</i>	809-788-1597
Elvia Atagracia Diaz Vazquez	F	402-126186-4	Analista Financiera	Hosp. Dr. Luis Espallat	<i>Elvia Diaz</i>	809-664-4158
Heriberto Carrasco	M	091003600-1	Psicólogo	Hosp. Dr. Luis Espallat	<i>Heriberto Carrasco</i>	809 256 8890

***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.



Kianara Reyes

REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20241012031
 Nombre de la Acción de Capacitación: LEY DE FUNCIÓN PÚBLICA 41-08
 Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 22/10/2024
 Fecha de Término: 22/10/2024
 Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel			Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado		
			F	M	OP	MM/G	C					NC		
1	03104877364	LUISA MARIA ALMONTE MOREL	X				X							
2	03500200823	SANDY ANTONIO BURDIER FERMIN		X	X									
3	40239923762	MARISEL DEL CARMEN CEPIN	X		X									
4	00115726093	ADA DE LA CRUZ VARGAS	X				X							
5	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X				X							
6	03105103281	XIOMARA DEL CARMEN REYES RODRIGUEZ	X				X							
7	03103738864	REYNA DEL CARMEN RODRIGUEZ NUÑEZ	X		X									
8	40222322667	JOSUE ANTONIO RODRIGUEZ PLASENCIA		X			X							
9	03105032837	YRENE ALTAGRACIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	X				X							
Total								7	2	3	6	Total	0	0

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: Xiomara Reyes Asesor(a) _____
 Facilitador(a): Xiomara Reyes Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto. _____



Xiomara Reyes

REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20241011729
 Nombre de la Acción de Capacitación: LEY DE FUNCIÓN PÚBLICA 41-08
 Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 23/09/2024
 Fecha de Término: 23/09/2024
 Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Firma Asistencia de los Participantes	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado		
			F	M	OP	MM/G					C	NC	
1	04900389570	URSULA MERCEDES CACERES JIMENEZ	X		X		<i>Ursula Caceres</i>						
2	40212861864	ELVIA ALTAGRACIA DIAZ VALERIO	X			X	<i>Elvia Diaz</i>						
3	03101778789	ANGELA DEL CARMEN FERNANDEZ ADAMES	X		X		<i>A C F A</i>						
4	06100317145	JEAN CARLOS HERNANDEZ MARTINEZ		X	X								
5	05700065823	ESPERANZA MORALES DE LA CRUZ	X		X		<i>Esperanza Morales</i>						
6	35000002101	VERONICA PEÑA ALMONTE	X		X		<i>Veronica Peña</i>						
7	40225941158	CAROLINA ALTAGRACIA PERALTA GENAO	X		X		<i>Carolina Peralta</i>						
8	40215016805	DANIELA RODRIGUEZ	X		X		<i>Daniela</i>						
9	40215352705	LISBER RODRIGUEZ HERNANDEZ	X		X		<i>Lisber</i>						
Total								8	1	6	3	0	0

Observaciones:

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

Certificado: Físico Web

Xiomara Reyes
 Contraparte de la Empresa

J. J. M. M. M.
 Facilitador(a)

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



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha de inicio: _____
 Fecha de término: _____
 Horario: _____
 Total Horas Programadas: _____ A pagar _____

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



No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado	
			F	M	OP	MM/G							C
1	050-0010512-1	Eustaquia Cadizere P.	✓		✓								
2	049-0036000-1	Heriberto Garmosen	✓		✓								
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
Totales													

Legendas:

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

Certificado Físico Web
 OBSERVACIONES:

Facilitador(a): *[Signature]*
 Asesor(a): _____
 Encargado(a) de División o Depto.: _____

Contraparte de la Empresa: *Xiomara Belos*





Nombre de la Actividad:

HMSDIE 3.2.1.1.01 EJECUCION PLAN DE CAPACITACION SRS-2024. (ATENCIÓN AL USUARIO)

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 27/8/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 9:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS, HOSPITAL DE SABANA IGLESIA

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Santa J. Pérez	F	031-0480432-6	ps. fund	Sabana Iglesia	[Firma]	Santa.junez@hospita.com
Shirley de Jesús Franco	M	031-0503616-8	Med. gn	Sabana Iglesia	[Firma]	829-923-4772
Archel González	F	102-0944502-8	ps. psiqui	Sabana Iglesia	[Firma]	829-506-7794
Ne Luis Reyes Lima	M	031-0483350-8	Ger. En	Sabana Iglesia	[Firma]	849 8607-6563
Abilania Grada Rison	F	402-2352060-3	ps. En	H. Sabana Espailat	[Firma]	889-937-5366
Marisol del Carmen Corin	F	402-3992376-2	As. Farmacia	D. Luis Espailat	[Firma]	809-666-3147
Verónica Peña	F	350-000210-1	ps. En	Dr. Luis Espailat	[Firma]	644-330 6602
Yaniara Díaz	F	031-0356950-9	ps. Pnt	Dr. Luis Espailat	[Firma]	849-343-9976
Dr. Arletti Ramirez	F	031-0514510-0	Medico	Hosp. Municipal Sabana Iglesia	[Firma]	829-549-6502
Darlenis Pinales Torco	F	402-3713650-8	Secretaria	Dr. Luis Espailat	[Firma]	829-348-5747
Braynaguely de Ojeda	M	829-348-458	M. de	Dr. Luis Espailat	[Firma]	051-0165512-6
Olga Pardo	F	041-000185-8	ps. ps. ps.	Dr. Luis Espailat	[Firma]	809 283 90 80
Mónica Cecilia Soza H	F	031-0307999-7	ps. ps. ps.	Dr. Luis Espailat	[Firma]	809 935 1381
Elvira Diaz Valerio	F	102-1286186-2	ps. ps. ps.	Dr. Luis Espailat	[Firma]	809-664-4458
Miguelina M. Pérez	F	037-000590-1	Facultador	FNTEP	[Firma]	(809) 270-6402
Erpenays Morales	F	057 0006582-3	ps. ps. ps.	Hosp. Dr. Luis Espailat	[Firma]	809 9 202602

*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.



Xiomara Reyes

[Firma]



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241008625

Nombre de la Acción de Capacitación: ATENCIÓN AL USUARIO

Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Fecha de Inicio: 27/08/2024

Fecha de Término: 27/08/2024

Total Horas Programadas: 8 A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Firma Asistencia de los Participantes	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G					
1	40239923762	MARISEL DEL CARMEN CEPIN	X		X			27/8/2024			
2	03104875764	CARLOS JOSE CORONADO FRANCISCO		X		X					
3	03101785966	ALTAGRACIA CRUZ LORA	X		X						
4	40225317060	YARLENNY DIAZ MORALES	X		X						
5	40212861864	ELVIA ALTAGRACIA DIAZ VALERIO	X		X						
6	03103569509	YAJAIRA DIAZ	X		X						
7	03101778789	ANGELA DEL CARMEN FERNANDEZ ADAMES	X		X						
8	40235834922	ERIDANIA ANTONIA FERNANDEZ VERAS	X		X						
9	03105036168	OSCAR DE JESUS FRANCO CRUZ		X	X						
10	04400011898	OLGA DOMINGA FRANCO	X		X						
11	40209445028	JAZBEL GONZALEZ PLACENCIA	X		X						
12	05700065823	ESPERANZA MORALES DE LA CRUZ	X		X						
13	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X		X						
14	03104578970	ROMARY ALEJANDRA NOVA CRUZ	X		X						
15	03104804376	SANTA LEONORA NUÑEZ PAEZ	X		X						
16	03101655136	BRAUJQUI JOSE ORTEGA ORTEGA		X	X						
17	35000002101	VERONICA PEÑA ALMONTE	X		X						
18	40237136508	DARLENIS PINALES TINEO	X		X						
19	03102758020	JUAN PABLO PLACENCIA MORALES		X	X						
20	03105145100	ARLETI MERCEDES RAMIREZ TORRES	X		X						
21	03103079897	MARIA CECILIA SOSA HURTADO	X		X						
Total			17	4	16	5					

Observaciones:

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

Facilitador(a) Xiomara Reyes Asesor(a) _____

Certificado: Físico Web

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

Nombre de la Actividad: HMSDLE 3.2.1.1.01 Ejecucion Plan de Capacitacion SRS-2024 (Manejo Efectivo del Tiempo).

Área Responsable: Departamento de Recursos Humanos

Fecha: 15/7/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial
Hora: 8:00AM

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS HOSPITAL DE SABANA IGLESIA.

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Delbis Jose Vargas	M	031-2571646-3	partero	HOSP. Sabana Iglesia	Delbis J. Vargas	809-227-1078
Denisse morales	F	402-1833010-4	aux adm	HOSP. Sabana Iglesia	Denisse	809-389-4527
Luis Luna	M	402-2182771-0	Camillero		Luis Luna	895-212-5200
ALBA K Matting	F	0540113436-5	modelo	Hosp Sabana Iglesia	Alba Matting	809-5436694
Rudelia Lopez	F	402-2736474-1	Enfermera	Sabana Iglesia	Rudelia Lopez	809-392-7704
Jorge Luis Hernandez	M	061-0037714-5	Enfermero	HOSP Sabana Iglesia	Jorge Luis Hernandez	809-760-2646
Altagracia Cruz	F	031-0178596-6	Cocinera	Hosp. Mat. Sabana Iglesia	Altagracia Cruz	829-628-5034
Georgina M. Rod y nos	F	031-0511009-3	Enc. Farmacia	Hosp. Mat. Sabana Iglesia	Georgina M. Rod y nos	829-722-6791
Candida Vargas	F	031-0179103-0	Cocinera	Hosp. Mat. Sabana Iglesia	Candida Vargas	809-587-0328
Eustaquio Gutierrez	F	0500010572-4	mayordomo	HOSPITAL SUS ESPAILLA	Eustaquio Gutierrez	8099750263
Hilkin Guillen	F	402-0951559-8	Enfermera	Hospital de Luis Espaillet	Hilkin Guillen	829-256-1668
Abilmaria Cepeda Riva	F	402-2362066-3	Enfermera	HOSP. M. Luis Espaillet	Abilmaria Cepeda Riva	829-937-5366
Valentin Hernandez	M	0530030647-6	Ref. con enfer	HOSPITAL Sabana Iglesia	Valentin Hernandez	809-509-9056
Manuela De Luis	F	095-0016645-0	Medico	Hospital Sabana Iglesia	Manuela De Luis	829-407-5490
Cipry Piusula Reyes	F	0980029403-7	Medico	HOSPITAL Luis Espaillet	Cipry Piusula Reyes	829-730-6801
Veronica Fernandez	F	631-03628339	mayordomo	HOSPITAL DOCTOR ESPAILLA	Veronica Fernandez	809-8681213

***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



Xiomara Reyes

Virginia Nunez



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241008623
 Nombre de la Acción de Capacitación: Administración Operativa del Tiempo
 Institución/ Empresa: Hospital Municipal Satana Iglesias
 Facilitador(a): Virginia Leon

Fecha de inicio: 15-7-24
 Fecha de término: 15-7-24
 Horario: _____
 Total Horas Programadas: _____ A pagar _____

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado		
			F	M	OP	MM/G	Firmas asistencias de los participantes						C	N/C
1	031-0362833-9	Veronica Fernández					15-7-24							X
2	031-0337431-7	Dulce Funes Rueda												X
3	402-2362046-3	Milania Cepeda												X
4	402-0751227-8	Dulce Gullón												X
5	050-0010510-1	Estefanía Gutiérrez												X
6	061-0031714-5	Juan Carlos Hernández												X
7	402-2736774-1	Rudolinda López												X
8	095-0016643-0	Monika de los												X
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
Legendas:			Totales											

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

Certificado Firmado por:
 OBSERVACIONES:



Xiomara Reyes

Virginia Leon

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.

Código de la Acción de Capacitación: 20241008925
 Nombre de la Acción de Capacitación: ADMINISTRACIÓN EFECTIVA DEL TIEMPO
 Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SARANA IGLESIA DR. LUIS ESPALLAT

Fecha de Inicio: 15/07/2024
 Fecha de Término: 15/07/2024
 Total Horas Programadas: 2 A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo				Nivel				Fecha					Resultado			
			F	M	OP	MM/G											C	NC	
1	40223620663	ABILANIA CEPEDA RIVAS	X		X													X	
2	03101785966	ALTAGRACIA CRUZ LORA	X		X													X	
3	09500198450	MANUELA JOSEFINA DE ASIS CARABALLO	X		X													X	
4	40214483816	YOENMY DÍAZ VARGAS	X		X													X	
5	03103628339	VERONICA FERNANDEZ ADAMES	X		X													X	
6	03102353863	BERNALDINO DIONICIO FRANCO ROSARIO			X	X												X	
7	03103374397	DULCE MARIA FRIAS NUÑEZ	X		X													X	
8	40209515598	DILKIA MARIA GRULLON SOBA	X		X													X	
9	05000105121	EUSTAGUIA GUTIERREZ PLACENCIA	X		X													X	
10	05300306486	VALENTIN HERNANDEZ BAUTISTA			X	X												X	
11	06100317145	JEAN CARLOS HERNANDEZ MARTINEZ			X	X												X	
12	40227367741	RUDELIZA LOPEZ JIMENEZ	X		X													X	
13	40221827310	LUIS MIGUEL LUNA			X	X												X	
14	05401134365	ALFA KENIA MARTINEZ GARCIA	X		X													X	
15	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X		X													X	
16	03104578970	ROMARY ALEJANDRA NOVA CRUZ	X		X													X	
17	03105006641	JORDANA LILIANA PEÑA CABRERA	X		X													X	
18	40211423906	KIRSY GISMELY PEREZ MARTINEZ	X		X													X	
19	03102758020	JUAN PABLO PLACENCIA MORALES			X	X												X	
20	09700294037	GIPSY PRISCILA REYES DE LA NUJEZ	X		X													X	
21	03105103281	KIOMARA DEL CARMEN REYES RODRIGUEZ	X			X												X	
22	03105119097	GREGORIA MIGUELINA ROSEL YNOA	X			X												X	
23	03101791030	CANDIDA ALTAGRACIA VARGAS	X		X													X	
24	03105216463	DELBI JOSE VARGAS VARGAS			X	X												X	
			Total				18	6	22	2						Total	18	6	

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 _____ Facilitador(a) _____ Asesor(a) _____ Coordinador(a) o Encargado(a) del 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 Período.
- Horas a pagar:** Si este registro es reportado a nómina 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 corresponde 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 Depto.:** 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.



HMSDLE 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SFS-2024 (Relaciones Humanas).

Nombre de la Actividad:

Fecha: 12/8/2024

Área Responsables: Departamento de Recursos Humanos

Hora: 8:30 a.m.

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Lugar/Plataforma: SALÓN DE CONFERENCIAS, Hospital Dr. Luis Espallat Sabana Iglésia

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Celular Electrónico/ Teléfono
Denisse morales	F	402-1838010-4	Aux adm	Hospital Dr. Luis Espallat	Denisse	809-389-4327
Angela del C. Pérez	F	031-01778284	Dispense	Hospital Dr. Luis Espallat	A.P.P.A	829-568-1052
ANA DICKER	F	0310511032-8	aux Ent.	Hosp. Dr. Luis Espallat	ANA DICKER	849915-6003
Miriam Ant. Carney	F	049-00389562	ad. ent.	Hosp. Dr. Luis Espallat	Miriam Carney	829 814-8396
Jayana Diaz	F	031-0356950-9	lic Ent.	Hosp. Dr. Luis Espallat	Jayana Diaz	849-343-9976
Angelina Cabrera	F	031-0507418-6	Se. Recaud.	Hosp. Dr. Luis Espallat	Angelina Cabrera	829-592-2480
Yvete Alt. Rodriguez de Duran	F	031-05032837	Arbitro profesional	Hospital Dr. Luis Espallat	Yvete Alt. Rodriguez de Duran	8297437649
Eniva Antegracia Diaz Vicens	F	402-1286186-4	Administrativa	Hosp. Dr. Luis Espallat	Eniva Diaz	809-664-1158
Marilyn Mota Maldonado	F	031-0437049-3	Administrativa	Hosp. Dr. Luis Espallat	Marilyn Maldonado	809-882-0193
Jesseth Almeida Cardiel	F	402-2521866-6	Biometria	Hosp. Dr. Luis Espallat	Jesseth Cardiel	809-401-7300
Jordanys K. Peña Cabrera	F	031-0500664-1	Médico	Hospital Dr. Luis Espallat	Jordanys Peña	809-217-4187
Maria Carolina Jean H	F	031-0317889-7	Exp. Dije	Hospital Dr. Luis Espallat	Maria Carolina Jean H	809 9351381
Mabel Carney	F	049038952-0	Sub	Hosp. Dr. Luis Espallat	Mabel Carney	829 300 9867
Sandy Dkt. Burdette	M	035-0060823	Electricista		Sandy Dkt. Burdette	829-327-7954

*Inst. actor es de l' enade: - 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.



Virginia Mera

Xiomara Reyes



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-1 Edició

Código de la Acción de Capacitación: 20241008624

Fecha de Inicio: 13/08/2024

Nombre de la Acción de Capacitación: RELACIONES HUMANAS

Fecha de Término: 13/08/2024

Institución / Empresa: HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANA IGLESIA DR. LUIS ESPAILLAT

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Firma	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G						
1	03104877364	LUISA MARIA ALMONTE MOREL	X		X							X
2	03500200823	SANDY ANTONIO BURDIER FERMIN		X	X							X
3	40240633160	CRISBEL CABRERA	X		X							X
4	04900389562	MIRIAN ALTAGRACIA CACERES JIMENEZ	X		X							X
5	04900389570	URSULA MERCEDES CACERES JIMENEZ	X		X							X
6	04700030929	ROSAURA RAMONA CARABALLO VENTURA	X		X							X
7	03105074185	ANYELINA ALTAGRACIA CORREA ADAMES	X		X							X
8	00115726093	ADA DE LA CRUZ VARGAS	X		X							X
9	40212861864	ELVIA ALTAGRACIA DIAZ VALERIO	X		X							X
10	03103569509	YAJAIRA DIAZ	X		X							X
11	03101778789	ANGELA DEL CARMEN FERNANDEZ ADAMES	X		X							X
12	03105036168	OSCAR DE JESUS FRANCO CRUZ		X	X							X
13	04400011898	OLGA DOMINGA FRANCO	X		X							X
14	03102353863	BERNALDINO DIONICIO FRANCO ROSARIO	X		X							X
15	03104370493	MADELIN MARTE SANTANA	X		X							X
16	40218330104	DENISSE ALTAGRACIA MORALES NUÑEZ	X		X							X
17	03104578970	ROMARY ALEJANDRA NOVA CRUZ	X		X							X
18	03104804376	SANTA LEONORA NUÑEZ PAEZ	X		X							X
19	03105006641	JORDANIA LILIANA PEÑA CABRERA	X		X							X
20	03102758020	JUAN PABLO PLACENCIA MORALES	X		X							X
21	40221736735	YANELI MARIA PLASENCIA SURIEL	X		X							X
22	03105032837	YRENE ALTAGRACIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	X		X							X
23	35000002937	NEMESI ALTAGRACIA SANTIAGO BATISTA	X		X							X
24	03103079897	MARIA CECILIA SOSA HURTADO	X		X							X
25	03105352268	MARIA GABRIELA TINEO ROMERO	X		X							X
Total			21	4	23	2						

Observaciones:

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

Certificado: Físico Web

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



Handwritten signatures and names: Xiomara Reyes, Virginia Naranjo

REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN



Código de la Acción de Capacitación: 20241008624
 Fecha de inicio: 13-8-24
 Nombre de la Acción de Capacitación: Relaciones Humanas
 Fecha de término: 13-8-24
 Institución/ Empresa: Hospital Municipal Saturno Titania
 Horario: _____
 Facilitador(a): _____
 Total Horas Programadas: 8 A pagar 8

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO		NIVEL		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado
			F	M	OP	MM/G						
1	031-0511032-8	<i>Carla Mercedes Dólar</i>					<i>13-8-24</i>					C
2	402-2521686-6	<i>Isisela Boudier</i>					<i>13-8-24</i>					X
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
Totales												

Legendas: _____
 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: *Kiomara Betes* Facilitador(a): *Yujini Lemus* Asesor(a): _____
 Encargado(a) de División o Depto.: _____

