

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

Institución: Hospital Dr. Luis Espailat, Sabana Iglesia
 Departamento de Recursos

Fecha: 16/9/2024

Responsable: Humanos **Correo Electrónico:** rr.hhhospsabanaiglesia@gmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Induccion a la Administracion Publica Municipal Nivel I	Abril	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartio antes.
2	Induccion a la Administracion Publica Nivel II	marzo	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartio antes.
3	Induccion a la Administracion Publica Nivel III	Febrero	Logrado	aunque estaba programada para noviembre se impartio antes.
4	Ley 41-08 De Funcion Publica	Octubre	Logrado	corresponde en noviembre
5	Supervision Efectiva	Octubre	Logrado	Programada con Infotep para el 17 de SEPTIEMBRE
6	Tecnica de Enfermeria	Septiembre	Logrado	programada con INFOTEP PARA EL 20 DE SEPTIEMBRE
7	Relaciones Humanas	Agosto	Logrado	
8	Manejo Efectivo del Tiempo	Julio	Logrado	
9	Etica, Deberes y derechos del servidor publico	Junio	Logrado	
10	Trabajo en Equipo	Junio	Logrado	
11	Manejo de Residuos	mayo	Logrado	
12	Humanizacion y Compromiso	Mayo	Logrado	
13	Atencion 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





Nombre de la Actividad: HMSDLE 3.2.1.1.01, Ejecución plan de capacitación SRS-2024. (Técnica de Enfermería)

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS

Fecha: 20/9/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 8:00am.

Lugar/Plataforma: SALÓN DE CONFERENCIAS Hospital Dr. Luis Espallat (sabana iglesia)

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Maria Gabriela Tined	F	031-0535226-8	Ax. Enfermería	Hosp. tal Sabana Igs.	Maria G. Tined	809-710-0342
DGC P. M. Frías	F	0310337439-7	Aux. enfermería	Hospital Sabana Igs.	DGC P. M. Frías	809-710-0342
Maria Cecilia Azua	F	031-0307989-7	Asistente	Hosp. Luis Espallat S.A.	Maria Cecilia Azua	809 935 1381
Yuelma + Capriel	F	0350017913-4	enf.	Hospital Luis Espallat	Yuelma + Capriel	809-283-8067
José Luis Díaz Lima	M	031-0485550-2	Lic. Enf.	Hospital Luis Espallat	José Luis Díaz Lima	879-867-6563
Miriam Carey	F	049003898-2	enf.	Hospital Sab. Igs.	Miriam Carey	829 814-8396
Margarita Reyes	F	049 0035520	Lic. Enf.	Hosp. Sabana Igs.	Margarita Reyes	829 380 9867
Fraquelinda Vargas	F	031-0037508-2	Coor. Convulsa	Hosp. Dr. Luis Espallat	Fraquelinda Vargas	829-638-4909
Diliana Guillén	F	408-0951559-8	Téc. Enfermería	Hospital Dr. Luis Espallat	Diliana Guillén	829-826-6163
Karla María Alvaroz	F	402-0895528-2	Enfermera	Hosp. Dr. Luis Espallat	Karla María Alvaroz	809-867-0230
Española Mendi	F	052-0006582-3	Enfermera	Hosp. Dr. Luis Espallat	Española Mendi	829 920 2602
Janet Heryndy	M	061-00317145	Lic. Enf.	Hosp. Dr. Luis Espallat	Janet Heryndy	809-760-2646
Cristel Cabrera	F	402-4062210-0	Enfermera	Hosp. Dr. Luis Espallat	Cristel Cabrera	844-340-6059
Venerosa Jara	F	350-0000210-1	Lic. Enf.	Hosp. Dr. Luis Espallat	Venerosa Jara	844 330 6602
Kenny Pérez Martínez	F	4021142340-6	Técnico	Hospital Dr. Luis Espallat	Kenny Pérez Martínez	824-509-5949
ADT M.D. S.R.	F	031051052-8	aux. enf.	Hosp. Dr. Luis Espallat	ADT M.D. S.R.	849 915 6603

*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
 Julio Frías

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

A pagar

No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	SEXO		NIVEL		FIRMAS	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado
			F	M	OP	MM/G						
1	03105352268	MARIA G. TIRO	✓				MARIA TIRO					
2	03103374397	DULCE M. FRIAS N.	✓				DULCE FRIAS					
3	03500179134	JUSTINA CAPELIN	✓				JUSTINA CAPELIN					
4	06500183329	TOMASA VEDINA	✓				TOMASA VEDINA					
5	031017816352	MARIA R. DIAZ	✓				MARIA DIAZ					
6	06100317145	JUAN C. HERNANDEZ	✓				JUAN C. HERNANDEZ					
7	40240633160	Crisbel Cabrera	✓				Crisbel Cabrera					
8	04900389562	MIRIAM CÁCERES	✓				MIRIAM CÁCERES					
9	3500002937	NEMESIS SANTIAGO	✓				NEMESIS SANTIAGO					
10	03103079897	MARIA CECILIA SOSA	✓				MARIA CECILIA SOSA					
11	40208955782	SARLA H. ALVARO	✓				SARLA H. ALVARO					
12	42209515598	DILKIA GIRILÓN	✓				DILKIA GIRILÓN					
13	03105110328	ANA GÍSLA	✓				ANA GÍSLA					
14	0410003929	ROSaura CARABALLO	✓				ROSaura CARABALLO					
15	03104183508	JOSE L. DIAZ L.	✓				JOSE L. DIAZ L.					
16	04900389570	MIRSU LA CÁCERES	✓				MIRSU LA CÁCERES					
17	402327033064	Daniela Tinco	✓				Daniela Tinco					
18	40243774582	Brahian M. Guzmán	✓				Brahian M. Guzmán					
19	03100375082	Fredesunda Vargas	✓				Fredesunda Vargas					
20	03103569589	Yolanda DIAZ	✓				Yolanda DIAZ					
21	402183200-4	Denisse ALBERCARRIA M.O	✓				Denisse ALBERCARRIA M.O					
22												
23												
24												
25												
Totales												

LEYENDAS:

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 Frios 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 delc. Reyes	F	031-05103251	ENCARJADA	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Xiomara	829-975-2144
Daniela Rodriguez	F	402-18210005	Enc. Contable	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Daniela	809-758-1597
Denisse Morales Nuñez	F	402-18330104	aux adm	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Denisse	809-389-4327
Ramona delc. Rodriguez	F	031-03737816-4	Encargada	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Ramona	829-789-9035
Esperanza Morales	F	057-00065823	Enc. de Exp.	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Esperanza	829 921 2602
Yannick Peña	F	350-000210-1	Jefe Exp.	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Yannick Peña	844-3306602
Valentín Hernández	M	063-0030642-6	mantenimiento	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Valentín	809-509.9050
Sonia Gómez	F	031-0482335-0	Administradora	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Sonia Gómez	809.698/417
Elvira Alarcón Díaz	F	402-1786156-24	Administradora	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Elvira Díaz	809-664-2158
Guadalupe Rodríguez	F	052-00105724	Administradora	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
Adriana Cruz	F	031-0482335-9	Enc. Adm.	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Adriana Cruz	829-686-0148
Ramona M. Hernández	F	001-1572009-3	Secretaria	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Ramona M. Hernández	809-474-5812
Abdula Cáceres	F	031-0547244-7	Bioanalista	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Abdula Cáceres	849-450-0190
Yarel Pitt Rodríguez de Armas	F	049-0038952	Sub. Exp.	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Yarel Pitt Rodríguez	829 880 9867
		031-0503283-7	Administradora	HOSP. DR. LUIS ESPALLAT	Yarel Pitt Rodríguez	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 Certificado: Físico Web

Xiomara Baez
 Contraparte de la Empresa

[Signature]
 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 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 Cepin	F	402-3992376-2	aux farmacia	Hosp. Dr. Luis Espallat	<i>Marisel Cepin</i>	209-606-3147
Zandy K.K. Bunker	M	035-00200823	Electricista	, , , , ,	<i>Zandy</i>	829-733-7954
Cervio Jait Rodriguez	M	402-22322667	Enc. Monitor	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>Cervio</i>	829-791-4463
P.C. VA	F	031-0177878	Supervisor	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>P.C. VA</i>	829 568 1051
Yolber Rodriguez	F	402-1555270-5	Compras	Hosp. Dr. Luis Espallat	<i>Yolber</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
Urbula Roca	F	04900359520	Enc. S. O. B	, , , , ,	<i>Urbula</i>	829 350 9867
Eustaquia Gutierrez P	F	05000105721	Enc. S. O. B	HOSPITAL 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	Contactora	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</i>	809-664-4158
Heriberto Carrasco	M	0910036001	Psicologo	Hosp Dr. Luis Espallat	<i>Heriberto</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.



Xiomara 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

Firma Asistencia de los Participantes

Luis Almonte
Sandy Burdier
Marisel Cepin
Ada de la Cruz
Denisse
Xiomara R
Josue
Yrene

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. Jimenez
 Facilitador(a)

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



Xiomara Reyes

REPORT E 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	FECHA	Resultado
			F	M	OP	MM/G							
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 Belles





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
Yolanda 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
Braynagui del Ordoñez	M	829-348-458	M. de	Dr. Luis Espailat	[Firma]	051-0165512-6
Olga Ponce	F	041-000185-8	ps. ps. ps.	Dr. Luis Espailat	[Firma]	809 283 90 80
Maria 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	BRAUJAQUI 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

Certificado: Físico Web

Asesor(a) _____

Facilitador(a) Xiomara Reyes

Contraparte de la Empresa _____

Asesor(a)

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 ES PAISAT	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 ESPAILLET	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	15-7-24						C	N/C
1	031-0362833-9	Veronica Fernández					Veronica							X
2	031-0337431-7	Dulce Funes Rueda					Dulce							X
3	402-2362046-3	Milania Cepeda					Milania							X
4	402-0751227-8	Dulce Gullón					Dulce							X
5	050-0010510-1	Estefanía Gutiérrez					Estefanía							X
6	061-0031714-5	Juan Carlos Hernández					Juan Carlos							X
7	402-2736774-1	Rudolinda López					Rudolinda							X
8	095-0016643-0	Monika de los					Monika de los							X
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
Totales														

Leyendas:

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

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: 20241008525
 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 SOSA	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/Telefónico
Denisse morales	F	402-1838010-4	Aux adm	Hospital Dr. Luis Espallat	Denisse	809-389-4327
Angela del C. Pérez	F	031-01778289	Dispense	Hospital Dr. Luis Espallat	A.C.P.A.	829-568-1032
ANA DICK	F	0310511032-8	aux Ent.	Hosp. Dr. Luis Espallat	ANA DICK	849915-6003
Miriam Ant. Carey	F	049-00389562	ad. ent.	Hosp. Dr. Luis Espallat	Miriam Carey	829 814-8396
Jayana Diaz	F	031-03569509	lic. Ent.	Hosp. Dr. Luis Espallat	Jayana Diaz	849-343-9976
Angelina Cabrera	F	031-0507418-6	Se. Burocrat	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 Mota Maldonado	809-882-0193
Jesseth Almeida Cardiel	F	402-2521866-6	Biometria	Hosp. Dr. Luis Espallat	Jesseth Almeida Cardiel	829-401-7300
Jordanja K. Peña Cabrera	F	031-0500664-1	Médico	Hospital Dr. Luis Espallat	Jordanja K. Peña Cabrera	809-217-4187
Maria Carolina Jean H	F	031-0317889-7	Exp. Dije	Hospital Dr. Luis Espallat	Maria Carolina Jean H	809 9351381
Mabel Carey	F	049038952-0	Sub	Hosp. Dr. Luis Espallat	Mabel Carey	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 Rivas

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
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	04900388570	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						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						Total

Observaciones:

Leyenda: F= Feeminino, 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						
			Firmas asistencias de los participantes									
1	031-0511032-8	Carla Mercedes Dávalos					13-8-24					X
2	402-2521686-6	Isiseth Boudier										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
OBSERVACIONES:



Contraparte de la Empresa: Kiomara Betes Facilitador(a): Yujini Lema
 Asesor(a): _____ Encargado(a) de División o Depto.: _____