



| | | |
|---|--|------------------------------|
|   | 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. Vinicio Calventi **Fecha:** 31/1/2024

Responsable: Bibiana Bueno Delgado **Correo Electrónico:** rrhcalventi@hotmail.com

| No. | Programa de Capacitación | Mes de Ejecución | Estatus | Observaciones | Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan |
|-----|--|------------------|---------|---|---|
| 1 | ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO | Enero | Logrado | ESTA CAPACITACION FUE DADA AL PERSONAL DE ATENCION AL USUARIO Y FACTURACION | 1 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| | | | | | Programas Logrados |
| | | | | | 1 |
| | | | | | % de avance |
| | | | | | 100 |

Licda. Bibiana Bueno D.

Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:

ORIENTAL

Nombre de la Empresa o Institución:

HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI

Nombre de la Capacitación:

ATENCION AL CLIENTE Y CALIDAD DEL SERVICIO

Objetivo de la Capacitación:

DOTAR A LOS PARTICIPANES DE LOS CONOCIMIENTOS BASICOS Y PRACTICAS DEL EQUIPO DE SALUD EN EL CAMPO DE LA ATENCION AL CLIENTE QUE LE MEJORA LA CALIDAD DEL SERVICIO

Población Enfocada:

PERSONAL MEDICO, ENFERMERIA, LABORATORIO, TECNICO Y SERVICIOS GENERALES

Contenido de la Capacitación:

DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS DE ATENCION AL CLIENTE
QUE ES EL CLIENTE, TIPOS DE CLIENTES Y COMO MANEJARLOS
TIPOS DE COMUNICACION
LA ACTITUD EN EL SERVICIO
CALIDAD DEL SERVICIO

Carga Horaria: 8 HORAS

Perfil del Facilitador:

MEDICO FAMILIAR, DOCENTE UNIVERSITARIA , GERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
CAPACITADA EN GESTION, HUMANIZACION, CALIDAD, BIOSEGURIDAD Y
TEMAS RELACIONADOS

Recursos Didácticos y Logísticos:

LAPTOP, PROYECTOR, LAPIZ, PAPEL, MEMORIA USB, BOCINAS, MICROFONO Y REFRIGERIO

Marteny Mota De León
Firma Contraparte de la Empresa y Fecha

Andrey Reynoso V.
Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha

Código de la Acción de Capacitación: 20240701064
 Nombre de la Acción de Capacitación: ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO
 Institución / Empresa: HOSPITAL DR VINICIO CALVENTI

Fecha de Inicio: 31/01/2024
 Fecha de Término: 31/01/2024
 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 | | | | | | C | NC | |
| 1 | 40229385162 | RUTH ESTHER ARIAS ENCARNACION | | X | | X | Ruth | | | | | | | |
| 2 | 04900528300 | ALQUIMEDES BAUTISTA BELEN | | X | | X | Alquimedes B | | | | | | | |
| 3 | 22400269175 | MILDRED BELTRE NUÑEZ | X | | | X | Mildred | | | | | | | |
| 4 | 08100101180 | DANELIS BONILLA ALCEQUIEZ | X | | | X | Danelis | | | | | | | |
| 5 | 00106223316 | PATRIA BRAZOBAN RODRIGUEZ | X | | | X | Patricia | | | | | | | |
| 6 | 00117542266 | RAQUEL ESTHER CAMILO | X | | | X | Raquel | | | | | | | |
| 7 | 00201181567 | FRANCISCO CORPORAN ROBLES | | X | | X | Francisco | | | | | | | |
| 8 | 02200280580 | HENRY D OLEO SENA | | X | | X | Henry | | | | | | | |
| 9 | 22400114504 | MARTHA DIAZ RODRIGUEZ | X | | | X | Martha | | | | | | | |
| 10 | 00117470104 | ANA ROSA GARCIA JIMENEZ | X | | | X | Ana Rosa | | | | | | | |
| 11 | 03102879198 | ESTERLIN DEL CARMEN GARCIA MARTE | X | | | X | Esterlin | | | | | | | |
| 12 | 22400270058 | MARIA DEL CARMEN GENAO ROSARIO | X | | | X | Maria | | | | | | | |
| 13 | 07100234751 | CLARA ELENA GERALDINO BRUNO | X | | | X | Clara | | | | | | | |
| 14 | 22400186114 | REYNA MASSIEL MOLINA ACEVEDO | X | | | X | Reyna | | | | | | | |
| 15 | 01000443984 | ANDRES MONTAÑO VALENZUELA | | X | | X | Andres | | | | | | | |
| 16 | 00108424391 | PORFIRIA MONTILLA MADE | X | | | X | Porfiria M. | | | | | | | |
| 17 | 22900101555 | MARLENY MOTA DE LEON | X | | | X | Marleny M. | | | | | | | |
| 18 | 00115278350 | YONNY NINA LARA | | X | | X | Yonny | | | | | | | |
| 19 | 00109002345 | POLA RAQUEL ORTIZ | X | | | X | Pol | | | | | | | |
| 20 | 00107165771 | OLIS YODENMIS PEREZ MELO | | X | | X | Olis | | | | | | | |
| 21 | 01000477651 | MARIA ELENA PEREZ VALENZUELA | X | | | X | Maria E. Perez | | | | | | | |
| 22 | 00115334443 | FLERIDA VIRGINIA RAMOS DURAN | X | | | X | Flerida Ramos | | | | | | | |
| 23 | 22900153226 | HELEN SUERO FELIZ | X | | | X | Helena | | | | | | | |
| Total | | | 16 | 7 | | 23 | | | | | | | | |

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

Contraparte de la Empresa

Facilitado(a)

Asesor(a)

Certificado: Físico Web
 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 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 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 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 marcara con una X en el recuadro Web.



22 de enero del 2024
Santo Domingo Oeste

CONVOCATORIA

A la : **Encargada de Enfermería**

Asunto : **Taller de Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio.**

Lugar : **Salón Dr. Adriano Reyes Paulino**

Fecha : **Miércoles 31 de enero del 2024**

Hora : **08:00am a 4:00pm**

Luego de un cordial saludo, por este medio, me dirijo a usted con la finalidad de informarle que el próximo miércoles 31 del mes y año en curso, tendremos la capacitación de “**Atención al Ciudadano y Calidad en el servicio**” que será impartido por la **Licda. Audrey Reynoso**, del Instituto de formación Técnico Profesional (INFOTEP). Por lo que solicitamos la participación de (5) de sus colaboradores.

Nota:

- Asistencia Puntual.
- Enviar a Recursos Humanos el listado con nombre y cedula de los participantes.

Sin más por el momento,
Se despide,


Licda. Bibiana Bueno Delgado
Licda. Bibiana Bueno Delgado
Encargada de Recursos Humanos.

Nombre de la Actividad: Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio

Área Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 31/01/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 08:00am a 4:00pm

Lugar/Plataforma: Dirección General

| Participantes | | | | | | |
|-----------------------|------------|----------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Nombre | Sexo (F/M) | Cédula (A solicitud) | Cargo | Institución/Dirección/Área | Firma | Correo Electrónico o Teléfono |
| Flويدا V. Pardo Durán | F | 001-1533444-3 | Asistente | Calventi/Recursos Humanos | Flويدا Pardo | Flويدa.Pardo@hotmexico.com |
| Francisco Corporea | M | 002-0118156-7 | Enfermero | Salud Ocupacional | F. Corporea | FCCORPO@hotmail.com |
| Clara E. Guzmán B | F | 001-0033475-1 | Enfermera | Medicina interna | Clara E. Guzmán | claraeguzman30@gmail.com |
| Maria Eraso | F | 224002700-58 | Enc | Atención al Usuario | Maria Eraso | mariaeraso202@gmail.com |
| Mildred Bettes | F | 22400269175 | Super. | Atención al Usuario | Mildred's | 829-5612394 |
| Ruth Esther Arias | F | 40229385162 | Auxiliar | Atención Al usuario | Ruth Arias | 3297093832 |
| Estelita García | F | 03102879198 | Secretaria | Calidad | Estelita | 809-974-4734 |
| Requel E. Camilo | F | 00117542266 | Usuario | Atención al usuario | Requel | 809924-1423 |
| Pols Riquelme | F | 001-0900234-5 | Serv. Usuario | Atención al Usuario | Pols Riquelme | 829-894-0637 |
| Helensuew Felz | F | 229-0015322-6 | Auxiliar | Atención al usuario | Helensuew Felz | 849-753-4176 |
| Olis T PEREZ MELO | M | 001-0716577 | Sub Enc | HOSPITAL VENTURA ATU | Olis T PEREZ MELO | 809-436-7661 |
| Reynor M. Molina A | F | 2240019611-4 | Auxiliar | Atención al usuario | Reynor Molina | 829-356-0453 |
| Milicia Elva Pardo | F | 01000477651 | aux. Enfermera | Enfermería | Milicia Pardo | 849 2094580 |
| Yonthe Diaz Rodriguez | F | 224-001450-4 | Asistente | Enfermería | Yonthe Diaz | 829-373-2049 |
| Yopiría Montilla | F | 0010842439-1 | Jefe enfermería | Hospital Atención directa | Yopiría Montilla | 8098517059 |
| Yonny Nino L. | M | 001-1527835-0 | Electricista | Mantenimiento | Yonny Nino | 809-637-5030 |

Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

Participantes

| Nombre | Sexo (F/M) | Cédula (A solicitud) | Cargo | Institución/Dirección/Área | Firma | Correo Electrónico o Teléfono |
|-------------------------|------------|----------------------|-------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Daniel Borrero | F | 081 0010115-0 | Coordinador | Hospital Unión Calcuti | Daniel Borrero | 8098760421 |
| Angela R. Garcia | F | 001-1747010-4 | Auditor | Hosp. Uniole Calcuti | Angela Garcia | 829-260-1130 |
| Valeria Braghieri | F | 001-0622331-6 | Enfermera | Hosp uniole Calcuti | Valeria Braghieri | 829-308-07-23 |
| Clara Elizabeth Peraldo | F | 071-00234757 | Enfermera | Hosp uniole Calcuti | Clara Elizabeth Peraldo | 829-807-4024 |
| Diego | M | 0220028058-0 | | HOSPITAL CALCUTI | Diego | 809-7862573 |
| Hilary Rojas Baez | F | 402-3851459-6 | Seguridad | Hospital Calcuty | Hilary Rojas Baez | 809-442-3507 |
| Andrés | M | 010004M3984 | Sg. | Hosp. Calcuty | Andrés | 8094171513 |
| Erivita Diaz R. | F | 0011587242-6 | Enf. | Hosp V Calcuti | Erivita Diaz R. | 829 399-0506 |
| Enclianza Ten | F | 001-0809490-5 | Segid. | Hosp V. C | Enclianza Ten | 8098673770 |
| Bonifacia Roa | F | 001-11130712 | Super. | Hosp Unio Calcuti | Bonifacia Roa | 829 731 9036 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.