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

Institución: Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral Fecha: 12/12/2024

Responsable: Nancy García Correo Electrónico: rrhh@hirrc.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Curso- Humanizando los Servicios de Salud	Marzo	Logrado	
2	Charla- Seguro de Riesgo Laborales (Accidentes y Enfermedades Profesionales)	Marzo	Logrado	
3	Ética, Deberes y Derechos del Servidor Público	Marzo	Logrado	
4	Curso- Word Básico.	Abril	Logrado	
5	Curso-Power Point.	Abril	Logrado	
6	Curso- Excel Básico	Abril	Logrado	
7	Curso- Excel Intermedio	Mayo	Logrado	
8	Curso Excel Avanzado	Mayo	Logrado	
9	Curso Aditor Interno	Junio	Logrado	
10	Curso- Humanizando los Servicios de Salud	Junio	Logrado	
11	Curso- Manejo de Conflictos	Junio	Logrado	

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
26

Programas Logrados
24

% de avance
92

12	Detcción de Necesidades de Capacitación	Julio	En Proceso	
13	Curso Importancias y Escritura de los Expedientes	Julio	Logrado	
14	Curso- Humanizando los Servicios de Salud	Julio	Logrado	
15	Curso Tecnicas (Oratoria)	Agosto	Logrado	
16	Curso Redacción y Presentación de informe Técnicos	Agosto	Logrado	
17	Gestión Eficaz del Tiempo	Septiembre	Logrado	
18	Trabajo en Equipo	Septiembre	Logrado	
19	Auditoría Gestión de la Calidad ISO 9001-2015	Septiembre	Logrado	
20	Curso- Humanizando los Servicios de Salud	Octubre	Logrado	
21	Gestión de Procesos (Mejo Continua)	Octubre	Logrado	
22	Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio	Octubre	Logrado	
23	Trabajo en Equipo	Noviembre	Logrado	
24	Supervisión Efectiva	Noviembre	Logrado	
25	Inducción a la Administración Pública I	Octubre	En Proceso	
26	Supervisión y Auditoría de los Servicios de Salud en el Seguro Familiar de Salud (SFS)	Noviembre	Logrado	

Nancy García
Nancy García

Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello



Nombre de la Actividad: 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - CURSO ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: 15/11/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial
Hora: 8:00 a.m

Lugar/Plataforma: Salón de Enfermería

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Chilo Feliz Feliz	F	019-00207364	Auditor	Atención al usuario	Chilo Feliz	809 853-1061
Tony Salvador	M	11309041380	Auditor	Atención al usuario	Tony Salvador	849 458 8622
Marbelly Rodríguez	F	402 467 08016	Digitizadora	Electrografía Folograma	Marbelly	829 969 7995
Johanna Penelope Gil	F	224-00261859	Auxiliar Edita	Johanna PDS13@Hotmail.com	Johanna Gil	829-844-8479
Relys Encarnación	F	011-00218963	Revisión	Atención al usuario	Relys	829-7881-0672
Anthony J. Hernandez	M	402-31573130	Auxiliar	Atención al usuario	Anthony	829-531-3123
Elisabeth Rodríguez	F	001-03675334	Secretaría	Hematología/Oncología	Elisabeth	829-505-1202
Amanda Almaraz	F	402-25649397	Secretaría	Farmacología	Amanda A	829-918-4123
Guertina Gestari	F	06800377383	Encargada	Salud Chinesa M-U	Guertina Gestari	829-356-7026
Yaritza Viola	F	2240067432	Secretaría	Fisiología	Yaritza	829-88770-09
Yida Feliz Muñoz	F	23-9287216	Farmacéutica	Farmacología	Yida Feliz	809-433-0536
Maria Trujillo	F	00102253275	Auxiliar	Farmacología	Maria Trujillo	82960464-51
Nurka De León	F	001-1631138-2	Lic. enf.	309 / 6030	Nurka De León	809-447-0692
Clara Encarnación	F	007-0474150	Lic. Enf.	Rehabilitación de enfermería	Clara Encarnación	807-245-7614
Penelope Herasmosa	F	402-3122808	Atención U.	Atención al usuario	Penelope H.S	809-4747990
Lidia Sotomayor	M	00101371800	Asesor	U.T. Enf.	Lidia Sotomayor	809 520 7120

***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.



ACTIVIDAD: CURSO ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO 15/11/2024



Nombre de la Actividad: 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - CURSO ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: 14/11/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 8:00 a.m

Lugar/Plataforma: Salón de Enfermería

Participantes

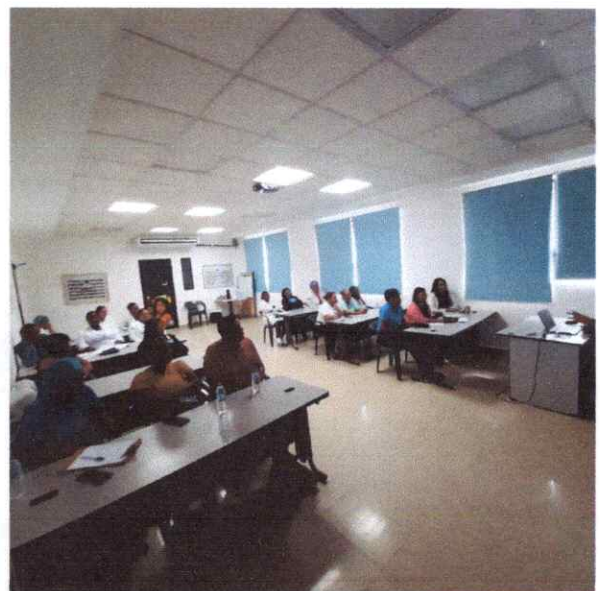
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Sandra A. Zayas	F	001-08356817	Coordinadora	Mayordomía	[Firma]	
Yaritza Viola Echegaray	F	224-0067432	Coordinadora	Fisiología	[Firma]	829-8877009
Elena Catalina Rodríguez	F	002-04761150	Coordinadora	Departamento de Enfermería	[Firma]	809-415-7614
Euribielso de la Cruz	M	402-2520340-6	Director	Reg. Epidemiología	[Firma]	829-391-1730
Anthony J. Hernández	M	402-31375190	Auxiliar	Atención al usuario	[Firma]	829-531-8123
Rays Escamado	F	011-00218963	Auxiliar	Atención al usuario	[Firma]	829-784-0672
Margaret Rodriguez	F	079-00091914	Coord.	Bioseguridad	[Firma]	809-260-4263
Chela Feliz Feliz	F	019-0020736-4	AUX. ATU	Atención al usuario	[Firma]	809-853-1061
Yilda I. Feliz Aquino	F	223-0128727-6	Digitadora	Farmacología	[Firma]	809-433-0536
Eredia Marescalet	F	00103451720	Biomédica	Laboratorio	[Firma]	8097179447
Mirka del León	F	0011631136-2	Lic. Enfermería	309 / Gastro	[Firma]	809-447-0692
Rosay Figueres	F	225-00662249	mt. Figueres	Urgencia	[Firma]	809-7732999
Marilyn Rodríguez	F	4024670801-6	Digitadora	Eficiencia y Logros	[Firma]	8099697995
Yilda I. Feliz Aquino	F	00101371300	Digitadora	Industria	[Firma]	809 910 7120
Yaritza Viola Echegaray	F	001-07508730	Enfermera	Infectología	[Firma]	(829) 4369385
TONY CONRADO	M	11300043230	Asistente	Atención al usuario	[Firma]	8094506021

*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.



ACTIVIDAD: CURSO ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO 14/11/2024



Código de la Acción de Capacitación: 20240709763

Nombre de la Acción de Capacitación: ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO

Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 14/11/2024

Fecha de Término: 15/11/2024

Total Horas Programadas: 16

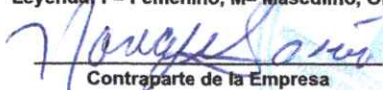
A Pagar: _____

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	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	00107508780	TERESA ALFONSO NUÑEZ	X		X		Teresa	Teresa					
2	40225649397	AMANDA GELTRUDIS ALMARANTE SANCHEZ	X		X		Amanda	Amanda					
3	40225203906	EURIBIADES DE LA PAZ PLATA		X	X								
4	00116311382	NIURKA DE LEON	X		X		Niurka	Niurka					
5	00104761150	ELENA ENCARNACION FIGUEROA	X		X		Elena	Elena					
6	01100218963	REYES ENCARNACION QUEVEDO	X		X		Reyes	Reyes					
7	22301287276	YILDA INDIANA FELIZ AQUINO	X		X		Yilda	Yilda					
8	01900207364	CHEILA FELIZ FELIZ	X		X		Cheila	Cheila					
9	22500662212	ROSSY FIGUERO	X		X								
10	00101371300	LIDIA FORTUNA RIVERA	X		X		Lidia	Lidia					
11	00111368619	NANCY MAGDALENA GARCIA UREÑA	X		X		Nancy	Nancy					
12	06800277383	CRISTINA GASTON FERNANDO	X		X		Cristina	Cristina					
13	22400261859	JOHANNA PENELOPE GIL JIMENEZ	X		X		Johanna	Johanna					
14	40231575180	ANTHONY JOEL HERNANDEZ BATISTA		X	X		Anthony	Anthony					
15	00103675336	ELISABETH MORALES RAMOS	X		X		Elisabeth	Elisabeth					
16	00103451720	EREDIA MARGARITA PATRICIO PATRICIO	X		X								
17	07900091914	MARGARET ELIZABETH RODRIGUEZ GONZALEZ	X		X								
18	40246708016	MARBELY DIONICIAS RODRIGUEZ TAVERAS	X		X		Marbely	Marbely					
19	11300043830	TONY LEONARDO SALVADOR NOVAS		X	X		Tony	Tony					
20	10400164645	ALTAGRACIA IVELISSE TEJEDA ROBLES	X		X								
21	00102253275	MARIA CONCEPCION TRAVIESO BELTRAN	X		X		Maria	Maria					
22	22400674325	YARITZA VIOLA ECHAVARRIA	X		X		Yaritza	Yaritza					
23	00108356817	SANDRA ARGENTINA ZAYAS	X		X								
Total			20	3	23							Total	

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.

DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional: METROPOLITANA

Nombre de la Empresa o Institución: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Nombre de la capacitación: ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD EN EL SERVICIO

Objetivo de la capacitación: Al término de la acción formativa los participantes estarán en capacidad de implementar los aspectos concernientes a la empatía, así como el involucramiento en las situaciones de los usuarios que visitan la institución en pos de la satisfacción para con estos y la distinción de la Organización.

Población enfocada: Operarios.

Contenido de la capacitación: _____

UNIDAD I FUNDAMENTOS DE ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE Y/O CIUDADANO USUARIO
(Concepto y clasificación de producto, servicio al cliente como producto y como atención, concepto y tipos de clientes y/o usuarios)

UNIDAD II EL PERFIL COMPETENTE DEL PERSONAL CAPACITADO EN DAR ATENCIÓN AL CIUDADANO USUARIO
(La imagen del representante y su perfil indicado, cualidades innegociables, técnicas en el manejo del solicitante del servicio, trabajo en equipo).

UNIDAD III RESPONSABILIDAD COMO REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN ANTE EL CIUDADANO
(La delicada responsabilidad de la atención hacia el cliente/usuario, los clientes enojados, la empatía y los niveles de satisfacción).

UNIDAD IV ATENCIONES Y CUIDADOS PARA CON EL CLIENTE INTERNO (Cliente Interno ¿Quién es?
Consideraciones ante los colaboradores. Comités de Atención y/o Bienestar. Elementos integradores del bienestar del colaborador. Diferencias entre Comité por el Bienestar y Sindicato.)

UNIDAD V MANEJO DE QUEJAS, COMPROMISO INMINENTE (Comportamiento del cliente en sus reclamos. Respuestas de los clientes ante las fallas en los servicios. Garantías en el proceso de manejo de quejas y reclamaciones. Administración de las relaciones con el cliente. Fallas comunes en el ARC. La responsabilidad de la empresa ante la administración de los reclamos y seguimiento de estos.)

Carga horaria: 16 Horas.

Perfil del facilitador: Profesional con experiencia laboral y docente en el área de Servicio al Cliente.

Recursos didácticos y logísticos:
Proyector digital o pantalla inteligente. Pointer. Reproducción de material de apoyo facilitado.



Firma contraparte de la Empresa y fecha:



Firma facilitador(es) y fecha:

Firma Asesor y fecha:



Instructivo de llenado del RT-02-PT-ONA-040

Dirección Regional: Se escribe el nombre de la Dirección Regional que presta el servicio.

Nombre de la empresa: Se escribe el nombre de la empresa u organización.

Nombre de la capacitación: Se escribe el nombre de la acción de capacitación

Objetivo de la capacitación: Se escribe el objetivo que se persigue lograr con la acción de capacitación.

Población enfocada: Se describe a quién(es) va dirigida la acción de capacitación

Contenido de la capacitación: Se escriben los temas y subtemas que componen los módulos de la acción de capacitación

Carga horaria: Se escribe la cantidad de horas que dura la acción de capacitación

Perfil del Facilitador: Se describen los requisitos de formación y/o experiencia laboral y experiencia docente, entre otras cualidades que se determine con la contraparte.

Recursos didácticos y logísticos: Se describen los recursos que se requieran para la realización de la acción de capacitación.

Firma de la contraparte de la empresa y fecha: La Contraparte de la empresa u organización escribe firma y fecha para validar el diseño.

Firma del facilitador y fecha: El facilitador escribe firma y fecha luego de verificar el diseño de la acción de capacitación

Firma del asesor y fecha: El asesor escribe firma y fecha luego de revisar el diseño de la acción de capacitación



Nombre de la Actividad: 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - CURSO SUPERVISIÓN EFECTIVA

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: 07/11/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 8:00 a.m

Lugar/Plataforma: Salón de Enfermería

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Rosa Angel Diaz	F	001-1792327-6	Supervisora	Mayordomía	Rosa Angel	829-906-2891
Silvia Patricia Alcantara	F	223-0053089-0	Consulte	consulta	Silvia Alcantara	829-990-4815
Yanera Isabel Leonor	F	001-0574976-6	Encargada	Endoscopia	Yanera Leonor	829-848-0231
Juana M. Ramos G.	F	001-1404885-3	Enfermera	Urg. H.P.C	Juana Ramos	829-701-8978
Maly Luz Santana	F	001-1039336-0	Supervisora	Supervision General Rotativa	Maly Luz Santana	849-353-2544
Epifania Baurayin	F	0650014961-9	Supervisora	Supervisora Rotativa	Epifania	829-725-5982
Fanny A. Cuelar Polanco	F	002-042341-5	Supervisora	Laboratorio Rotativa	Fanny Cuelar	849-785-4643
Guleidis Abad Garabito	F	104-0022363-1	Sup. Rotativa	Sup. Rotativo	Guleidis	829-529-9499
Concepcion Gaston	F	068-0027738-3	Encargada	M-4	Concepcion Gaston	829-356-7026
Regalada Valdez Hoston	F	093-0020176-2	Supervisora	consultas y programas	Regalada Valdez	829-638-1294
Suley A. Venturini Novas	F	402-24359956	Secretaria	Patología	Suley Venturini	849-251-6042
Yanira Diaz	F	001-0164405-0	Encargada	Laboratorio	Yanira	829-3331514
IRATHE GARCIA	F	001-0931358-5	AUX. FARM.	Almacen de metales	Irathé Garcia	829-830-7413
Yamiris Unzueta	F	001-0142306-9	ay. adm.	farmacia met. gastable	Yamiris	829-457-2897
Flor Nidia Rosario A	F	0018263002	Tecnico	R.R.H.H	Flor Nidia	849-275077
Dayisfeliz Jose	F	001-1542825-2	Supervisora	Sup. Rotativa	Dayisfeliz	829-391-4656

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

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Claribel Acosta Lopez	F	00116807967	Encargada	Servicio General	<i>Claribel Acosta Lopez</i>	849 847-4688
Ana E. Chervaché	F	002-0620390	Suplen	Sup Retativa	<i>Ana E. Chervaché</i>	849-981-1083
Luvia Brazabón Rojas	F	002-13323877	supen	supen para Retativa	<i>Luvia Brazabón</i>	809-968-1884
Jenny García Nader	F	001-0078633-4	Enc. de Servicio de Calidad	SAI - HRRC	<i>Jenny García Nader</i>	809-654-0601
Elisabeth Morales R.	F	001-0367533-6	Secretaria	Hemato/Oncología	<i>Elisabeth Morales</i>	829-505-1202
Esteban P. Beniguet Feliz	F	223-0063666-3	secretaria	Mantenimiento	<i>Esteban P. Beniguet Feliz</i>	829-963-4960
Marta Selva del Mar	F	001-8327847-9	sup	Oncología	<i>Marta Selva del Mar</i>	809-852-3011
Maribely Rodríguez	F	402-4670801-6	Digitadora	EEG	<i>Maribely Rodríguez</i>	829 969 7995
Margaret R. Rodríguez	F	079-0009191-4	Coord.	Biosiguridad	<i>Margaret R. Rodríguez</i>	829-260-4263

*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: 20240709784

Fecha de Inicio: 07/11/2024

Nombre de la Acción de Capacitación: SUPERVISIÓN EFECTIVA

Fecha de Término: 07/11/2024

Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Total Horas Programadas: 8

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	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	10400223631	YULEIDIS ABAD GARABITOS	X			X	<i>Yuleidis</i>						
2	00116807967	CLARIBEL ALTAGRACIA ACOSTA TORRES	X			X	<i>Claribel A.</i>						
3	22300530890	SILVIA PATRICIA ALCANTARA SEGURA	X			X	<i>Silvia A.</i>						
4	06500149619	EPIFANIA BENJAMIN	X			X	<i>Epifania</i>						
5	22300636663	ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ	X			X	<i>Estephany</i>						
6	00113323877	LUCIA BRAZOBAN RODRIGUEZ	X			X	<i>Lucia B.</i>						
7	00201620390	ANA ELIZA CHEVALIER ZAPATA	X		X		<i>Ana Eliza</i>						
8	00101423069	YOMARIS CONCEPCION	X			X	<i>Yomaris</i>						
9	00201423415	FANNY ADALGISA CUEVAS POLANCO	X			X	<i>Fanny</i>						
10	40226305288	ESLAINA MICHELLE DE LA ROSA POLEON	X			X	<i>Eslaina</i>						
11	00101640050	MARIA DIAZ	X			X	<i>Maria Diaz</i>						
12	00117923276	ROSA ANGEL DIAZ ROSARIO	X			X	<i>Rosa</i>						
13	00115428252	DAYSÍ FELIZ JOSE	X			X	<i>Daysi Feliz</i>						
14	00109313585	IRAIVE GARCIA	X			X	<i>IRAIVE</i>						
15	00100786334	JENNY MARITZA GARCIA NEDER	X			X	<i>Jenny</i>						
16	06800277383	CRISTINA GASTON FERNANDO	X			X	<i>Cristina Gaston F.</i>						
17	00105749766	YANEIRA ISABEL LEONARDO NUÑEZ	X		X		<i>Yaneira</i>						
18	00103675336	ELISABETH MORALES RAMOS	X		X		<i>Elisabeth</i>						
19	00114048853	JUANA MARIA RAMIREZ GARCIA	X			X	<i>Juana</i>						
20	07900091914	MARGARET ELIZABETH RODRIGUEZ GONZALEZ	X			X	<i>Margaret</i>						
21	40246708016	MARBELY DIONICIAS RODRIGUEZ TAVERAS	X		X		<i>Marbelly</i>						
22	00118763002	FLOR NIDIA ROSARIO ACOSTA	X			X	<i>Flor</i>						
23	00110393360	MARY LUZ SANTANA	X			X	<i>Mary Luz Santana</i>						
24	00103278479	MARITZA SELMO DE LA ROSA	X			X	<i>Maritza Selmo</i>						
25	09300201762	REGALADA VALDEZ MONTERO	X			X	<i>Regalada</i>						
26	40224359956	KILCY ANNERIS VENTURA NOVAS	X		X		<i>Kilcy Vent</i>						
Total			26		5	21						Total	

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

N/C = No califica

Certificado: Físico

Web

Yonajay avó
Contraparte de la Empresa

B. Pérez
Facilitador(a)

Asesor(a)

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



FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	OTROS
15/01/2024	Reunión de coordinación	X	
22/01/2024	Reunión de coordinación	X	
29/01/2024	Reunión de coordinación	X	
05/02/2024	Reunión de coordinación	X	
12/02/2024	Reunión de coordinación	X	
19/02/2024	Reunión de coordinación	X	
26/02/2024	Reunión de coordinación	X	
05/03/2024	Reunión de coordinación	X	
12/03/2024	Reunión de coordinación	X	
19/03/2024	Reunión de coordinación	X	
26/03/2024	Reunión de coordinación	X	
02/04/2024	Reunión de coordinación	X	
09/04/2024	Reunión de coordinación	X	
16/04/2024	Reunión de coordinación	X	
23/04/2024	Reunión de coordinación	X	
30/04/2024	Reunión de coordinación	X	
07/05/2024	Reunión de coordinación	X	
14/05/2024	Reunión de coordinación	X	
21/05/2024	Reunión de coordinación	X	
28/05/2024	Reunión de coordinación	X	
04/06/2024	Reunión de coordinación	X	
11/06/2024	Reunión de coordinación	X	
18/06/2024	Reunión de coordinación	X	
25/06/2024	Reunión de coordinación	X	
02/07/2024	Reunión de coordinación	X	
09/07/2024	Reunión de coordinación	X	
16/07/2024	Reunión de coordinación	X	
23/07/2024	Reunión de coordinación	X	
30/07/2024	Reunión de coordinación	X	
06/08/2024	Reunión de coordinación	X	
13/08/2024	Reunión de coordinación	X	
20/08/2024	Reunión de coordinación	X	
27/08/2024	Reunión de coordinación	X	
03/09/2024	Reunión de coordinación	X	
10/09/2024	Reunión de coordinación	X	
17/09/2024	Reunión de coordinación	X	
24/09/2024	Reunión de coordinación	X	
01/10/2024	Reunión de coordinación	X	
08/10/2024	Reunión de coordinación	X	
15/10/2024	Reunión de coordinación	X	
22/10/2024	Reunión de coordinación	X	
29/10/2024	Reunión de coordinación	X	
05/11/2024	Reunión de coordinación	X	
12/11/2024	Reunión de coordinación	X	
19/11/2024	Reunión de coordinación	X	
26/11/2024	Reunión de coordinación	X	
03/12/2024	Reunión de coordinación	X	
10/12/2024	Reunión de coordinación	X	
17/12/2024	Reunión de coordinación	X	
24/12/2024	Reunión de coordinación	X	
31/12/2024	Reunión de coordinación	X	

Código de la Acción de Capacitación: 20240709784

Nombre de la Acción de Capacitación: SUPERVISIÓN EFECTIVA

Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 07/11/2024

Fecha de Término: 07/11/2024

Total Horas Programadas: 8

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	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	10400223631	YULEIDIS ABAD GARABITOS	X			X	<i>Yuleidis</i>						
2	00116807967	CLARIBEL ALTAGRACIA ACOSTA TORRES	X			X	<i>Claribel A.</i>						
3	22300530890	SILVIA PATRICIA ALCANTARA SEGURA	X			X	<i>Silvia A</i>						
4	06500149619	EPIFANIA BENJAMIN	X			X	<i>Epifania</i>						
5	22300636663	ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ	X			X	<i>Estephany</i>						
6	00113323877	LUCIA BRAZOBAN RODRIGUEZ	X			X	<i>Lucia B</i>						
7	00201620390	ANA ELIZA CHEVALIER ZAPATA	X		X		<i>Ana Eliza</i>						
8	00101423069	YOMARIS CONCEPCION	X			X	<i>Yomaris</i>						
9	00201423415	FANNY ADALGISA CUEVAS POLANCO	X			X	<i>Fanny</i>						
10	40226305288	ESLAINA MICHELLE DE LA ROSA POLEON	X			X	<i>Eslaina</i>						
11	00101640050	MARIA DIAZ	X			X	<i>Maria Diaz</i>						
12	00117923276	ROSA ANGEL DIAZ ROSARIO	X			X	<i>Rosa</i>						
13	00115428252	DAYSY FELIZ JOSE	X			X	<i>Daysy Feliz</i>						
14	00109313585	IRAIVE GARCIA	X			X	<i>IRAIVE</i>						
15	00100786334	JENNY MARITZA GARCIA NEDER	X			X	<i>Jenny</i>						
16	06800277383	CRISTINA GASTON FERNANDO	X			X	<i>Cristina Gaston F</i>						
17	00105749766	YANEIRA ISABEL LEONARDO NUÑEZ	X		X		<i>Yaneira I.</i>						
18	00103675336	ELISABETH MORALES RAMOS	X		X		<i>Elisabeth</i>						
19	00114048853	JUANA MARIA RAMIREZ GARCIA	X			X	<i>Juana</i>						
20	07900091914	MARGARET ELIZABETH RODRIGUEZ GONZALEZ	X			X	<i>Margaret</i>						
21	40246708016	MARBELY DIONICIAS RODRIGUEZ TAVERAS	X		X		<i>Marbelly</i>						
22	00118763002	FLOR NIDIA ROSARIO ACOSTA	X			X	<i>Flor</i>						
23	00110393360	MARY LUZ SANTANA	X			X	<i>Mary Luz Santana</i>						
24	00103278479	MARITZA SELMO DE LA ROSA	X			X	<i>Maritza Selmo</i>						
25	09300201762	REGALADA VALDEZ MONTERO	X			X	<i>Regalada</i>						
26	40224359956	KILCY ANNERIS VENTURA NOVAS	X		X		<i>Kilcy Vent</i>						
		Total	26		5	21						Total	

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

N/C = No califica

Certificado: Físico Web

DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:
METROPOLITANA

Nombre de la Empresa o Institución:
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Nombre de la Capacitación:
SUPERVISION EFECTIVA

Objetivo de la Capacitación:
Al finalizar el curso, los participantes estarán en capacidad de:
conocer las funciones, responsabilidades y competencias de un supervisor, las ventajas y normativas modernas de la delegación efectiva.

Población Enfocada:
mandos medios personal administrativo y operativo

Contenido de la Capacitación:
Conceptos básicos de la supervisión, Competencias, funciones y responsabilidades de un supervisor
Presentación y análisis de video sobre trabajo en equipo, manejo de conflictos y comunicación,
Delegación efectiva, Instrumento de evaluación del empleado supervisado
Instrumento de auto evaluación para el supervisor.

Carga Horaria: 8 horas presenciales

Perfil del Facilitador:
Profesional del área, con formación y experiencia laboral y docente requeridas

Recursos Didácticos y Logísticos:
Equipos audiovisuales, con cable HDMI, salón con espacio, ventilación, iluminación
y mobiliario adecuado para la realización de la acción formativa, con sus ejercicios y material gastable.


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha

Instructivo de llenado del RT-02-PT-ONA-040

Dirección Regional: Se escribe el nombre de la Dirección Regional que presta el servicio.

Nombre de la Empresa: Se escribe el nombre de la empresa o institución.

Nombre de la Capacitación: Se escribe el nombre de la acción de capacitación.

Objetivo de la Capacitación: Se escribe el objetivo que se persigue lograr con la acción de capacitación.

Población Enfocada: Se describe a quién(es) va dirigida la acción de capacitación.

Contenido de la Capacitación: Se describen los temas y subtemas que componen los módulos de la acción de capacitación.

Carga Horaria: Se escribe la cantidad de horas que dura la acción de capacitación.

Perfil del Facilitador: Se describen los requisitos de formación y/o experiencia laboral y experiencia docente, entre otras cualidades que se determine con la contraparte.

Recursos Didácticos y Logísticos: Se describen los recursos que se requieran para la realización de la acción de capacitación.

Firma de la Contraparte de la Empresa y Fecha: La Contraparte de la institución escribe firma y fecha para validar el diseño.

Firma del Facilitador y Fecha: El facilitador escribe firma y fecha luego de verificar el diseño de la acción de capacitación.

Firma del Asesor y Fecha: El asesor escribe firma y fecha luego de revisar el diseño de la acción de capacitación.

ACTIVIDAD: CURSO SUPERVISIÓN EFECTIVA 07/11/2024



Nombre de la Actividad: 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - CURSO TRABAJO EN EQUIPO

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: 6/11/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 8:00 a.m

Lugar/Plataforma: Salón Hugo Mendoza

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Claukel Acosta Ray	F	00116807967	Encargada	Servicio Grupos	Claukel Acosta	849-847-4688
Litza Qualle	F	00104509286	Docente	Laboratorio	Litza Qualle	829 546214
Yuldyael Beato	F	001-07711235	AUXILIAR	ROPERIA	yuldyaelb.	829-8597033
Carmen M. de la Cruz	F	031-00530589	Costurera	Taller de Costura	C.M.C.	829-562-7823
Ramona Nieve M.	F	223-0008135-4	conserje	calle Segunda Santo Domingo	R.M.N.	829-917-2097
Robinson E. Díaz Santana	M	402-0086126-5	auxiliar	almacen gestable	Robinson E. Díaz	829-558-7987
Rosa Angel Díaz R.	F	001-17923276	Supervisora	Maternidad	Rosa Angel	829-966-2891
Sabrina Patricia Akantore	F	223-0053089-0	conserje	RR+H.H.PBRC	Sabrina Akantore	829-990-4815
IRATHE GARZA	F	001-0931358-5	auxiliar	H.I.A.C.	IRATHE GARZA	829-830-7413



*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: 20240709747

Nombre de la Acción de Capacitación: TRABAJO EN EQUIPO

Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 06/11/2024

Fecha de Término: 06/11/2024

Total Horas Programadas: 8

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	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC	
1	00116807967	CLARIBEL ALTAGRACIA ACOSTA TORRES	X			X	Claribel					X		
2	22300530890	SILVIA PATRICIA ALCANTARA SEGURA	X			X	Silvia					X		
3	00108939430	GUADALUPE ALMANZAR PEÑA	X			X							X	
4	00107771735	MILEDY ALTAGRACIA BEATO	X			X	Miledy					X		
5	03100530389	CARMEN MILEDY DE LA CRUZ BARTOLO	X		X		Armen					X		
6	00117923276	ROSA ANGEL DIAZ ROSARIO	X			X	Rosa					X		
7	40209861265	ROBINSON EMMANUEL DIAZ SANTANA		X		X	Robinson					X		
8	00109313585	IRAIVE GARCIA	X			X	IRAIVE					X		
9	22300087354	RAMONA NIEVE MOTA	X			X	Ramona					X		
10	00104509286	LIBRADA OVALLES MOREL	X			X	Librada					X		
11	00112971742	MARGARITA ROSARIO MARTES	X			X							X	
12	40221262724	JESUANNY SOLER ESPINOSA	X			X							X	
Total			11	1	1	11						Total	09	03

Observaciones:

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

Certificado: Físico Web

Marcelo...
Contraparte de la Empresa

Héctor Méndez
Facilitador(a)

Asesor(a)

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



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional: Metropolitana

Nombre de la empresa o Institución Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Nombre de la capacitación: Trabajo en Equipo

Objetivo de la Capacitación: Concluido el Curso de Trabajo en Equipo, los participantes podrán establecer la diferencia entre Trabajo en Equipo y Grupo de Trabajo para así mejorar su desempeño en las áreas de trabajo


Población Enfocada: Todo el personal de los mandos altos y medios, supervisores, encargados de unidades y aquellos que tenga en la empresa función de línea y staff


Contenido de la Capacitación: Consideraciones generales de Trabajo en equipo; Cinco C de Trabajo en Equipo; Diferencias entre Equipo de Trabajo y Grupo de Trabajo; Roles Positivos y Negativos del Equipo de Trabajo; Miembro Ideal de un equipo de Trabajo; Las Tres Grandes necesidades de los Miembros de un Equipo; Las Cuatro Grandes barreras al Trabajo en Equipo; Rasgos Generales de los Equipos Eficaces; Belleza de un grupo de Trabajo; Ventajas del Trabajo en Equipo.

Carga Horaria: 8 horas

Perfil del Facilitador: Profesional del área , experiencia laboral y docente .

Recursos Didácticos y Logísticos: Laptop - Proyector - CD - Memoria - Pizarra - Marcadores


Firma contraparte de la empresa y fecha


Firma facilitador(es) y fecha:

Firma Asesor y fecha

DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional: Metropolitana

Nombre de la empresa o Institución Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Nombre de la capacitación: Trabajo en Equipo

Objetivo de la Capacitación: Concluido el Curso de Trabajo en Equipo, los participantes podrán establecer la diferencia entre Trabajo en Equipo y Grupo de Trabajo para así mejorar su desempeño en las áreas de trabajo

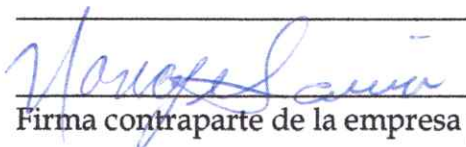
Población Enfocada: Todo el personal de los mandos altos y medios, supervisores, encargados de unidades y aquellos que tenga en la empresa función de línea y staff


Contenido de la Capacitación: Consideraciones generales de Trabajo en equipo; Cinco C de Trabajo en Equipo; Diferencias entre Equipo de Trabajo y Grupo de Trabajo; Roles Positivos y Negativos del Equipo de Trabajo; Miembro Ideal de un equipo de Trabajo; Las Tres Grandes necesidades de los Miembros de un Equipo; Las Cuatro Grandes barreras al Trabajo en Equipo; Rasgos Generales de los Equipos Eficaces; Belleza de un grupo de Trabajo; Ventajas del Trabajo en Equipo.

Carga Horaria: 8 horas

Perfil del Facilitador: Profesional del área , experiencia laboral y docente .

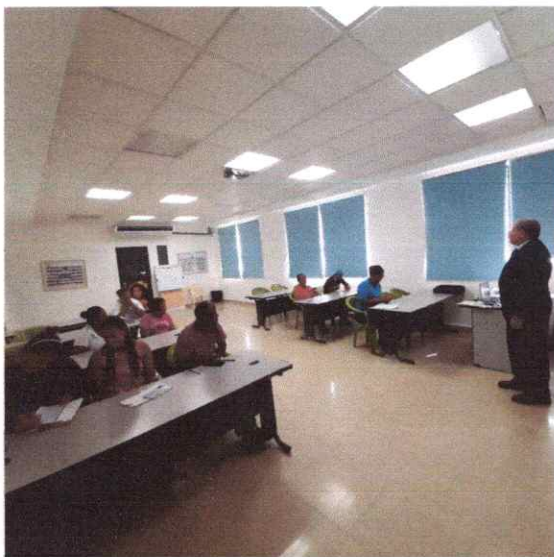
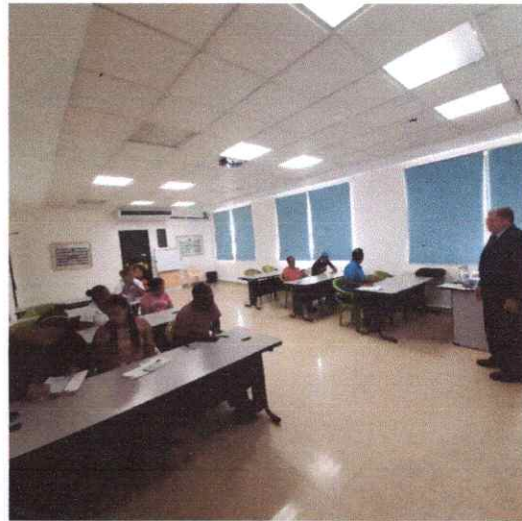
Recursos Didácticos y Logísticos: Laptop - Proyector - CD - Memoria - Pizarra - Marcadores


Firma contraparte de la empresa y fecha


Firma facilitador(es) y fecha:

Firma Asesor y fecha

ACTIVIDAD: CURSO TRABAJO EN EQUIPO 06/11/2024



Nombre de la Actividad: 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - DIPLOMADO EN SUPERVISIÓN Y AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

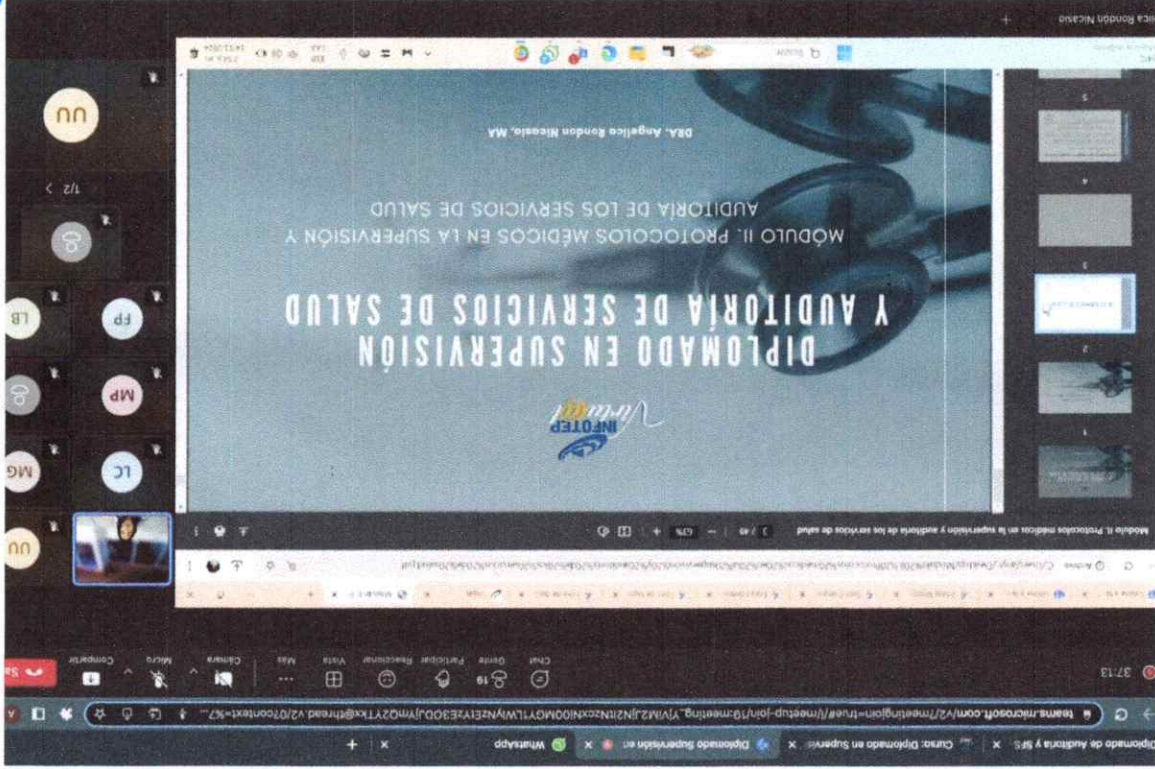
Fecha: 3/11/2024

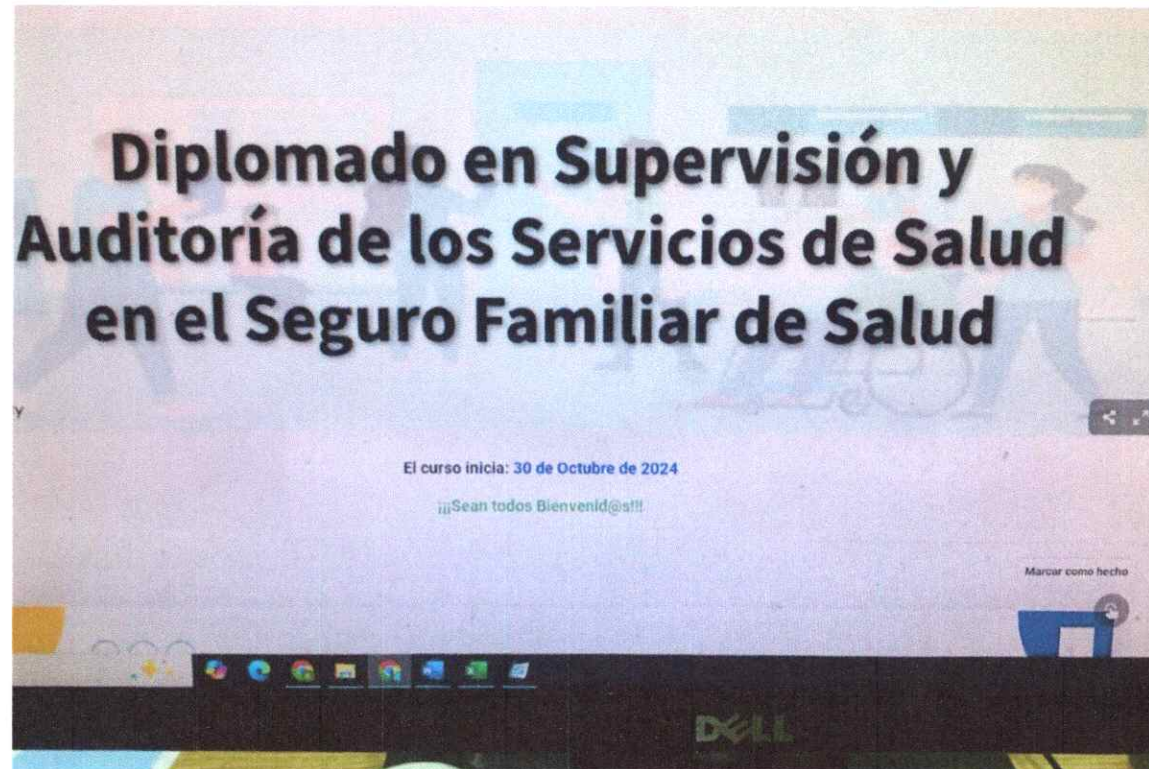
Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial
Hora:
Lugar/Plataforma: Link de inscripción
https://infotepvirtual.com/index.php?option=com_gestion&contr=reservacion&task=reservacion&token=aWl0l2A=
Participantes

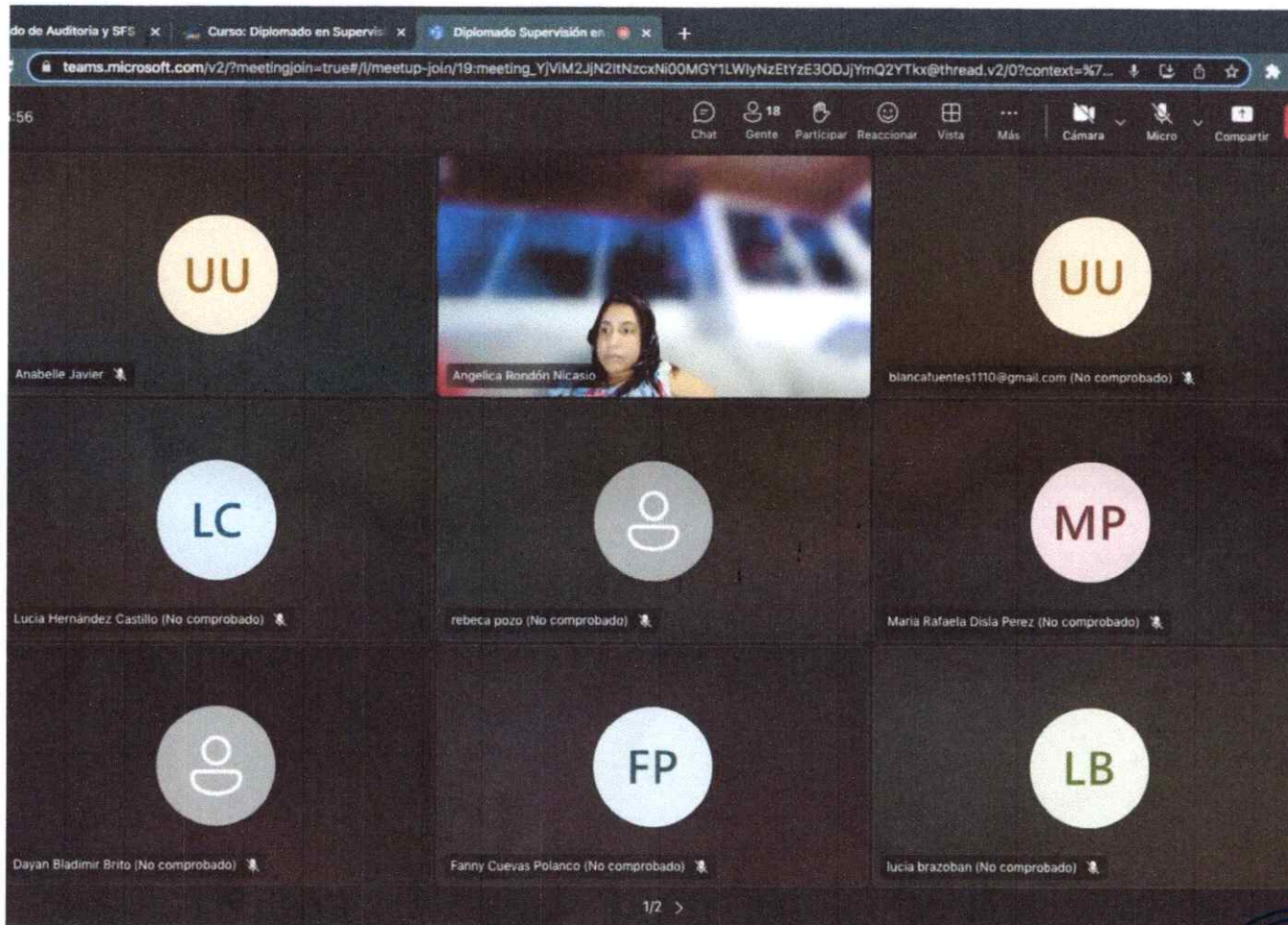
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Lorena Núñez Guzmán	F	402-22141919	Analista	Recursos Humanos	Lorena Núñez	809-707-4462
Anabelle Javier	F	402-0926225-8	Digitadora	Fac. Hemodialisis.	Anabelle Javier	849-202-4514
Magaly S.	F	0018002125	Analista	compras	Magaly S.	809-965180
Catusca D. Julio	F	012-0075745-6	medico	Emergencia	Catusca D.	809-993-2705
Carmona Julia Jerez	F	002-00372449	Enfermera	Departamento de Emergencia	Carmona Julia	829 719 0409
Lucia Braraban	F	001-1332387-7	superintendente	Enfermería	Lucia Braraban	809-968-1884
Epifania Barahona	F	0650010961-9	Supervisora	Cufoquera	Epifania	829-725-5982
Fanny A. Cuevas Velasco	F	002-0142341-5	Supervisora	R.D	Fanny Cuevas	849-785-4643
Lilcei Hernandez Castillo	F	001-03173951	Supervisora	Quirófano	Lilcei Hernandez	829-578-0991
Francisca Suarez A.	F	001-156140-2	Sup.	Departamento Emergencia	Francisca Suarez	809-931-6328
Juditha Mondy	F	001-209911-6	Sup.	Enfermería	Juditha Mondy	809-756-9787

*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.







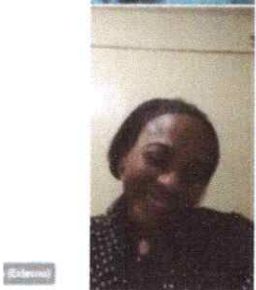


y SP.2024071962

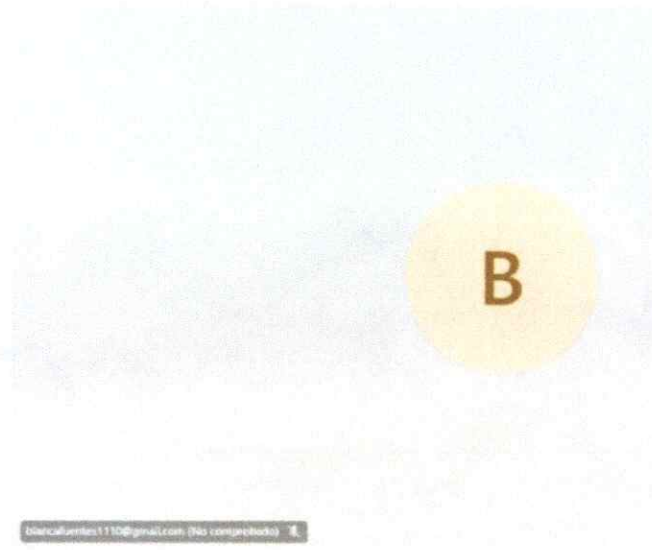


La gestión de la vida no es un estado
Es un proceso por el que se informa a todos de que se
está creando. [Luzmila de la Cruz](#)

Video thumbnail of a woman with glasses, wearing a pink and white striped top.



Ha empezado por ti. Informa a todos de que se les está grabando. [Ver todas las grabaciones](#)



Nombre de la Actividad:

3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - CURSO GESTIÓN DE PROCESOS(PARA LA MEJORA CONTINUA)

 Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

 Fecha: 4/10/2024

 Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

 Hora: 8:00 a.m

 Lugar/Plataforma: Salón Hugo Mendoza

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Petronila M. Jurec	F	001-00361997	Archivista	IDAN (Nutrición)	Petronila M. Jurec	829-965-3235
IRVINE GARCIA	F	001-09313585	Aux. Farmacia	Almacén de M.	IRVINE GARCIA	829-830-7413
Jesanny Soto Espinosa	F	402-7176172-4	Bioanalista	Banco de Sangre	Jesanny Soto	jesannysoto@smc.com
Emilia Cecilia Jurec	F	012-00834065	Enfermera	Quimifarm	Emilia Cecilia Jurec	849-344-4483
Eve De Los Angeles Vallejo	F	001-1321627-9	Medico	HIRRC	E. Vallejo	829-912-1671
Florinda Rosalva Awosh	F	001-18763002	Técnico	RRHH	Florinda Rosalva Awosh	849-395-4077
Conrada de la Cruz Rojas	F	00-03308995	Medicóloga	IDAN (nutrición)	Conrada de la Cruz Rojas	809-885-4750
Marcela Gomez	F	052-00123445	Secretaria	Imagen. Tomografía	Marcela Gomez	849-260-9768
Yumoris Concepcion	F	001-01423069	Aux. adm.	almacen Mat. Gustable	Yumoris Concepcion	829-457-2897
Rosita Melendez	F	402-2002788	ENC.	Dept. ATU HIRRC	Rosita Melendez	829-353-6947
Margaret Rodriguez	F	079-00091910	Coord.	Bioseguridad	Margaret Rodriguez	809-260-4203
Elisabeth Morales R	F	001-03675336	Despl. Espec.	Hematología	Elisabeth Morales R	829-505-1202
Stephany P. B.F	F	223-00636663	Secretaria	Mantenimiento	Stephany P. B.F	829-963-4960
Chayan Bido	M	223-0000012-6	A.T.U	Atención al usuario	Chayan Bido	829-592-0196
Claribel Acosta Loy	F	001-16804967	Encargada	Servicio General	Claribel Acosta Loy	849-847-4688
Maria Zizy	F	001-164005-06	Encargada	RR	Maria Zizy	809-333-1514

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

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Graciela Segura León	F	001-1311183-5	Docente	Sub-Dirección HERRC	[Firma]	829-644-1558
Yari Fza Ujola	F	22400674325	Secretaria	Del Parlamento, Psiquiatría y p...	[Firma]	829-8872009
María Nijes Cerro	F	402-22141919	Analista	Recurso Humano	[Firma]	809-707-4462
Nancy Laverde	F	001-1136869	Analista	Recurso Humano	[Firma]	829-898-1600



***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.

Nombre de la Actividad: 3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - CURSO GESTIÓN DE PROCESOS(PARA LA MEJORA CONTINUA)

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: 2/10/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial
Hora: 8:00 a.m

Lugar/Plataforma: Salón Hugo Mendoza

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Chayan Bido	M	223-0000012-4		Atención al usuario	[Firma]	829-592-0196
Jesunay Soler	F	402-2126777-4	Bioanalista	Banco de Sangre	[Firma]	809-436 0204
Ariana Corina C.	F	2230104776-1	Eufonista	Oncología	[Firma]	809-917-5978
Petronilo M. Yrao	F	001-0036199-7	Medico	IDAN (Nutrición)	[Firma]	829-965-3235
MARICELA GOMOS	F	052-00123445	Secretaria	Imagen	[Firma]	849-260-9768
Eve Delos Angeles Vallejo	F	001-1321627-9	Medico	HIRRC	[Firma]	829912-1671
Flor Nidia Rosario Agosto	F	001-1976300-2	Técnico	RRHH	[Firma]	849-3954077
[Firma]	F	001-01640050	Coordinadora	APRRC	[Firma]	809-3331511
Aracely de la Cruz	F	001-0330899-5	Psicóloga	IDAN nutrición	[Firma]	de la cruz aracely de gonzalez
Margaret Rodriguez	F	079-0009191-1	Coord	Bioseguridad	[Firma]	809-260-4763
Yoska Melendez	F	402-2061277-8	Enc	deft ATU HIRRC	[Firma]	829-353-6947
Carroll Sepera Lugo	F	001-1311183-5	Medico	Sub-Quemadura	[Firma]	829-644-1558
Elisabell Moya	F	001-0367533-6	Secret	Hemat/Oncología	[Firma]	829-505-1202
Francis Martine V	F	001-0225633-6	Asistente	Hematología	[Firma]	809-619-2121
Yumoris Concepcion	F	001-0142306-9	Sup de	Operación mat y obst	[Firma]	829-457-2897
Estelina Lugo Peña	F	012-0083406-5	Asistente	Uterovagina	[Firma]	849 374 4783

***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: 20240709755

Nombre de la Acción de Capacitación: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA MEJORA CONTINUA

Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 06/10/2024

Fecha de Término: 13/10/2024

Total Horas Programadas: 16

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	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	00116807967	CLARIBEL ALTAGRACIA ACOSTA TORRES	X			X	Claribel	Claribel					
2	00108939430	GUADALUPE ALMANZAR PEÑA	X			X							
3	00101921237	MARIA DOLORES BAEZ PEREZ	X			X							
4	22300636663	ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ	X			X	Estephany	Estephany					
5	22300000126	CHAYAN DE JESUS BIDO		X		X	CHAYAN	CHAYAN					
6	01200834065	EMILIANA CANARIO PEÑA	X			X	Emiliana	Emiliana					
7	01300514153	LUS GERMANIA CESPEDES DOTEL	X			X							
8	00101423069	YOMARIS CONCEPCION	X			X	Yomaris	Yomaris					
9	22301047761	ARISOL CORCINO CORCINO	X			X							
10	00103308995	AMADA DE LA CRUZ REYES	X			X	Amada	Amada					
11	40226305288	ESLAINA MICHELLE DE LA ROSA POLEON	X			X							
12	00201767019	DARLY ROSELLY DE LOS SANTOS ARAUJO	X			X							
13	00110656162	MIREYA DELGADO GALVEZ	X			X							
14	00101640050	MARIA DIAZ	X			X	MARIA	MARIA					
15	03701079935	ROSA MARIA ESPINAL	X			X							
16	00101371300	LIDIA FORTUNA RIVERA	X			X							
17	00109313585	IRAIVE GARCIA	X			X	IRAIVE	IRAIVE					
18	00111368619	NANCY MAGDALENA GARCIA UREÑA	X			X	Nancy	Nancy					
19	05200123445	MARICELA GOMEZ TEJADA	X			X	Maricela	Maricela					
20	00100361997	PETRONILA MERCEDES LORA ENCARNACION	X			X	Petronila	Petronila					
21	00102256336	FRANKLYN MARTINEZ VERAS		X		X	Franklyn	Franklyn					
22	40220612788	PAOLA PATRICIA MELENDEZ ADRIAN	X			X	Paola	Paola					
23	00103675336	ELISABETH MORALES RAMOS	X			X	Elisabeth	Elisabeth					
24	40222141919	LORENA BIOLVERANY NUÑEZ GUZMAN	X			X	Lorena	Lorena					
25	00111931424	MARCIA ORTIZ LOPEZ	X			X							
26	40220121384	EDWIN RAFAEL PELAEZ NOVA		X		X							
27	40225083415	NICOLE YAMILEX POTTER PEREYRA	X			X							
28	00115840316	ALEXANDRA PUELLO	X			X							
29	07900091914	MARGARET ELIZABETH RODRIGUEZ GONZALEZ	X			X	Margaret	Margaret					
30	00118763002	FLOR NIDIA ROSARIO ACOSTA	X			X	Flor	Flor					
31	00118603125	EUGEDYS PRISKA ROSARIO GONDRE	X			X							



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional:

METROPOLITANA

Nombre de la Empresa o Institución:

HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

Nombre de la Capacitación:

GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA MEJORA CONTINUA

Objetivo de la Capacitación:

AL FINALIZAR LA CAPACITACION EL O LA PERSONA PARTICIPANTE ESTARA EN CAPACIDAD DE MANEJAR
LAS GENERALIDADES Y HERRAMIENTAS PARA LA GESTION POR PROCESOS, LOS PASOS PARA
SU IMPLEMETANCION, CONTROL Y MEJORA EN LA EMPRESA

Población Enfocada:

MANDOS MEDIOS

Contenido de la Capacitación:

Generalidades de la Gestión por Procesos, Fundamentos de la Gestión por Procesos, Características
de la Organización por Procesos, Herramientas para la Arquitectura de procesos, Mapas de proceso,
Reingeniería de procesos, Diagramas de procesos, Gestión por procesos y mejora continua, Ciclo PHVA
Actividad Final: Gestión y Mejora de Procesos en Empresa

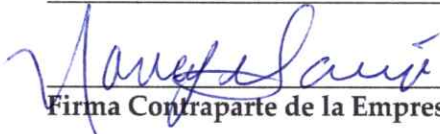
Carga Horaria: 16 HORAS

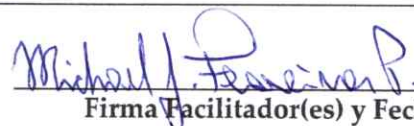
Perfil del Facilitador:

PROFESIONAL O TECNICO EN EL AREA, 2 AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL Y DOCENTE
EN LOS TEMAS

Recursos Didácticos y Logísticos:

PROYECTOR MULTIMEDIOS, LAPTOP, ROTAFOLIO, MATERIAL DIDACTICO, AULA APROPIADA
A LA CANT DE PARTICIPANTES, AUDIO PARA LAPTOP Y CONEXIÓN A INTERNET


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha



Instructivo de llenado del RT-02-PT-ONA-040

Dirección Regional: Se escribe el nombre de la Dirección Regional que presta el servicio.

Nombre de la Empresa: Se escribe el nombre de la empresa o institución.

Nombre de la Capacitación: Se escribe el nombre de la acción de capacitación.

Objetivo de la Capacitación: Se escribe el objetivo que se persigue lograr con la acción de capacitación.

Población Enfocada: Se describe a quién(es) va dirigida la acción de capacitación.

Contenido de la Capacitación: Se describen los temas y subtemas que componen los módulos de la acción de capacitación.

Carga Horaria: Se escribe la cantidad de horas que dura la acción de capacitación.

Perfil del Facilitador: Se describen los requisitos de formación y/o experiencia laboral y experiencia docente, entre otras cualidades que se determine con la contraparte.

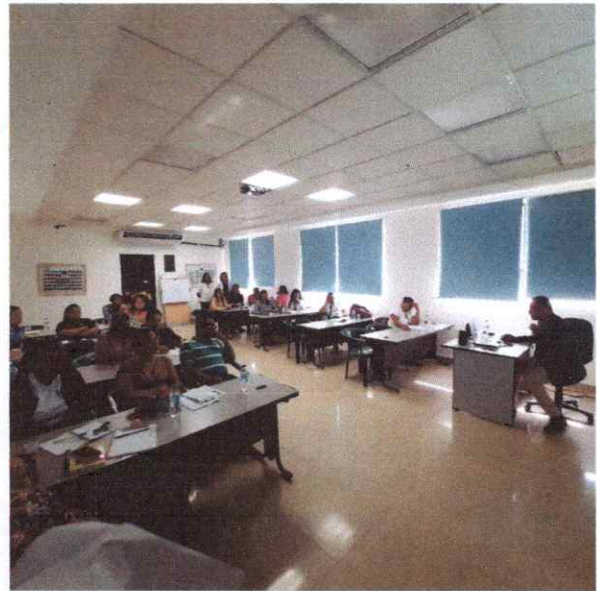
Recursos Didácticos y Logísticos: Se describen los recursos que se requieran para la realización de la acción de capacitación.

Firma de la Contraparte de la Empresa y Fecha: La Contraparte de la institución escribe firma y fecha para validar el diseño.

Firma del Facilitador y Fecha: El facilitador escribe firma y fecha luego de verificar el diseño de la acción de capacitación.

Firma del Asesor y Fecha: El asesor escribe firma y fecha luego de revisar el diseño de la acción de capacitación.





Nombre de la Actividad:

3.2.1.1.01 Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024 - CURSO HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Área Responsable: DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: 3/10/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial
Hora: 8:00 a.m.

Lugar/Plataforma: Salón Hugo Mendoza

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Alejandra Corrales Corrales	F	2230101776-1	Enfermera	Neurología	[Firma]	809-917-5978
Marcela Gómez	F	052-00123445	Secretaria	tomografía	Marcela	819-260-9768
Guillermo Soto	F	002-01688348	Enfermera	M-4	Guillermo	829-398-8414
Jennifer Solís	F	229-001650-4	Secretaria	Neurocirugía	Jennifer Solís	819-873-3672
Tania Z. Martínez	F	0011468473-1	Enfermera	Robert Ric	Martinez	849 851-3530
Fior Dalis Mateo-A.	F	019-0011963-5	Enfermera	Robert Ric	Mateo-A	849-460-9634
Rosalia Balbuena	F	0010474223-4	Asesora	R R Papero	[Firma]	829 705 9121
Laura Ortiz Hernández	F	902-2646992-8	Residente Ped	HIRRC	Laura Ortiz	809-609-0027
Marian A. Cubilete Garcia	F	402-1481339-2	Residente Ped	HIRRC (R)	Marian A Cubilete	829-537-0204
Judy Romero	F	402-2423626-1	pediatra	HIRRC	Judy Romero	829-898-4909
Melroyalt Beato	F	001-0777173-5	Properia	Properia	Melroyalt B.	829-8597033
Margarita R. Rivas	F	001-1297174-2	Properia	Properia	Margarita Rivas	829-852-2587
Carmen Rosa Campuzano	F	001-0093451-2	Properia	aux Properia	Carmen Rosa	829-697-5246
Eusebio Ortiz Vicioso	M	008-0027236-1	Psicólogo	HIRRC	lic. Ortiz	829-840-2079
Yamozis Concepción	F	001-01423069	Dup OM	Almacén Mat Gastrol	Yc	829-457-2897
Graciela Segura Cuevas	F	001-1311183-5	Medico	Subdirección HIRRC	Ara Segura	829-644-1558

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

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono

*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: 20240709758

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

Institución / Empresa: HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

Fecha de Inicio: 03/10/2024

Fecha de Término: 03/10/2024

Total Horas Programadas: 8 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	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC	
1	00104742234	ROSELIA BALBUENA GIL	X			X	Roselia							
2	00107771735	MILEDY ALTAGRACIA BEATO	X			X	mile dy							
3	00100934512	CARMEN ROSA CAMPUSANO PEÑA	X			X	carmen							
4	00101423069	YOMARIS CONCEPCION	X			X	yomaris							
5	22301047761	ARISOL CORCINO CORCINO	X			X	Arisol							
6	40214813392	MARIEN AINELY CUBILETE GARCIA	X			X	Marien							
7	00114297476	MARIA CELESTE ENCARNACION NUÑEZ	X			X								
8	05200123445	MARICELA GOMEZ TEJADA	X			X	maricela							
9	00114684731	TANIA ZORAIDA MARTINEZ ALCANTARA	X			X	Tania							
10	01900119635	FIOR DALISA MATOS ALCANTARA	X			X	FIOR							
11	40226469928	LAURA FABIOLA ORTIZ HERNANDEZ	X			X	Laura							
12	00800272361	EUSEBIO ORTIZ VICIOSO		X		X	eusebio							
13	40225083415	NICOLE YAMILEX POTTER PEREYRA	X			X								
14	00201025053	FRANCISCO ORLANDO PRESINAL		X		X								
15	00102511573	ELIZABETH DEL CORAZON DE JESUS PUELLO TAPIA	X			X								
16	07900091914	MARGARET ELIZABETH RODRIGUEZ GONZALEZ	X			X								
17	40224236261	JEIDY ANNIELY ROMERO SUAZO	X			X	JEIDY							
18	00112971742	MARGARITA ROSARIO MARTES	X		X									
19	00113111835	GRISELL MIGDALIA SEGURA CUEVAS	X			X	grisell							
20	40221262724	JESUANNY SOLER ESPINOSA	X			X								
21	22900116504	JENNIFER SOLIS DEL CARMEN	X			X	Jennifer							
22	00201688348	GUILLERMINA MARIBEL SOTO RAMIREZ	X			X	Guilhermina							
Total			20	2	1	21						Total	0	22

Observaciones:

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

Certificado: Físico Web

Manuel...
Contraparte de la Empresa

Mariano...
Facilitador(a)

Asesor(a)

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

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

CLT07

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.



DISEÑO DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN PUNTUAL

Dirección Regional: METROPOLITANA

Nombre de la Empresa o Institución: HOSPITAL ROBERT READ

Nombre de la Capacitación: HUMANIZANDO LOS SERVICIOS DE SALUD

Objetivo de la Capacitación: AL FINAL LOS PARTICIPANTES ESTARAN EL AL CONDICION DE IDENTIFICAR LA IMPORTANCIA DE UN SERVICIO HUMANIZADO Y MOSTRAR EMPATIA CON LOS USUARIOS Y SUPERAR LAS BARRERAS DE ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE.

Población Enfocada: ENFERMERAS Y MEDICOS RESIDENTE.

Contenido de la Capacitación:

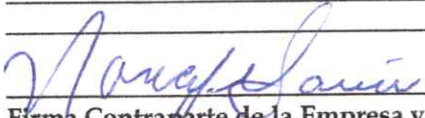
- CAPITULO 1- PRESENTACION E INTRODUCCION
- CAPITULO 2- IMPORTANCIA DE LA HUMANIZACION
- CAPITULO 3- BENEFICIO DE LA HUMANIZACION
- CAPITULO 4- BARRERA DE LA HUMANIZACION
- CAPITULO 5- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

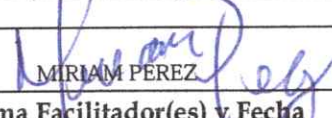
Carga Horaria: 8 HORAS

Perfil del Facilitador: MIRIAM PEREZ CON EXPERIENCIA LABORAL Y DOCENTE SOBRE EL AREA.

Recursos Didácticos y Logísticos:

- DATA SHOW, REPRODUCTOR DE PANTALLA
- MATERIAL IMPRESO, LAPIZ Y PAPEL


Firma Contraparte de la Empresa y Fecha


Firma Facilitador(es) y Fecha

Firma Asesor y Fecha



Instructivo de llenado del RT-02-PT-ONA-040

Dirección Regional: Se escribe el nombre de la Dirección Regional que presta el servicio.

Nombre de la Empresa: Se escribe el nombre de la empresa o institución.

Nombre de la Capacitación: Se escribe el nombre de la acción de capacitación.

Objetivo de la Capacitación: Se escribe el objetivo que se persigue lograr con la acción de capacitación.

Población Enfocada: Se describe a quién(es) va dirigida la acción de capacitación.

Contenido de la Capacitación: Se escriben los temas y subtemas que componen los módulos de la acción de capacitación.

Carga Horaria: Se escribe la cantidad de horas que dura la acción de capacitación.

Perfil del Facilitador: Se describen los requisitos de formación y/o experiencia laboral y experiencia docente, entre otras cualidades que se determine con la contraparte.

Recursos Didácticos y Logísticos: Se describen los recursos que se requieran para la realización de la acción de capacitación.

Firma de la Contraparte de la Empresa y Fecha: La Contraparte de la institución escribe firma y fecha para validar el diseño.

Firma del Facilitador y Fecha: El facilitador escribe firma y fecha luego de verificar el diseño de la acción de capacitación.

Firma del Asesor y Fecha: El asesor escribe firma y fecha luego de revisar el diseño de la acción de capacitación.

