

TRABAJO EN EQUIPO	TODAS LAS ÁREAS	COLABORACIÓN. LIDERAR CON EL EJEMPLO. COMUNICACIÓN	EJECUTADA	13	12	25	RD\$250.00	RD\$6,250.00
COMUNICACIÓN EFECTIVA	TODAS LAS ÁREAS	CONCIENCIA SOCIAL. LIDERAR CON EL EJEMPLO. DESARROLLO RELACIONES	EJECUTADA	15	10	25	RD\$250.00	RD\$6,250.00

TOTAL RD\$37,500.00

Dr. Lidia Lopez

Responsable Dpto. de
Recursos Humanos

Firma y sello






Informe Trimestral de Ejecución del Plan de Capacitación

Nomenclatura: INAP-FAC-003
Tipo: Formulario
Versión: 2
Vigencia: 22/11/2019

Fecha: miércoles, 18 de diciembre de 2024

Institución: HOSPITAL PROV. TORIBIO BENCOSME Trimestre correspondiente: OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE

Capacitación Programada	Área Requirente	Conocimientos/ Competencias a desarrollar o fortalecer	Capacitaciones Ejecutadas	Cantidad Participantes Género Femenino	Cantidad Participantes Género Masculino	Cantidad de Participante	Costo Estimado por Participante	Costo Total
MICROSOFT EXCEL BÁSICO	TODAS LAS ÁREAS	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN. INTEGRACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN, INNOVACIÓN Y USO DE LA TECNOLOGÍA DE FORMA CREATIVA	NO EJECUTADA	12	13	25	RD\$250.00	RD\$6,250.00
COMUNICACIÓN EFECTIVA	TODAS LAS ÁREAS	CONSIENCIA SOCIAL. LIDERAR CON EL EJEMPLO. DESARROLLO RELACIONES.	EJECUTADA	15	10	25	RD\$250.00	RD\$6,250.00
LIDERAZGO TRANSFORMADOR	TODAS LAS ÁREAS	LIDERAR CON EL EJEMPLO	EJECUTADA	13	12	25	RD\$250.00	RD\$6,250.00
ETIQUETA Y PROTOCOLO EMPRESARIAL	TODAS LAS ÁREAS	TÉCNICAS PARA MEJORAR LAS CONDICIONES EN EL TRABAJO	EJECUTADA	10	15	25	RD\$250.00	RD\$6,250.00

	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 TORIBIO BENCOSME **Fecha:** 11/12/2024

Responsable: RECURSOS HUMANOS **Correo Electrónico:** rrhh@hostoben.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	TRABAJO EN EQUIPO	Noviembre	Logrado	
2	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Noviembre	Logrado	
3	LIDERAZGO TRANSFORMADOR	Diciembre	Logrado	
4	ETIQUETA Y PROTOCOLO EMPRESARIAL	Noviembre	Logrado	
5				
6				
7				

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
10

Programas Logrados
6

% de avance
60

Lidia López



REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20241015048
Nombre de la Acción de Capacitación: LIDERAZGO TRANSFORMADOR
Institución / Empresa: HOSPITAL DOCTOR TORIBIO BENCOSME

Fecha de Inicio: 01/12/2024
Fecha de Término: 01/12/2024
Total Horas Programadas: 8
A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G							
1	40228119562	JENNIFER ALTAGRACIA ARIAS LIRIANO	X		X		01/12/2024	✓					X
2	40220462168	CARMEN ESTERVINA BRETON GARCIA	X		X			✓					X
3	05401319735	VICTORIA ESTHER CARVAJAL CRUZETA	X			X		✓					X
4	05400858840	CLARIS SAGRARIO CEPEDA DIAZ	X		X			✓					X
5	40222171932	MARLENNY ALTAGRACIA CHECO DE LOS ANGELES	X		X			✓					X
6	05401336705	ROSANNA YISEL CORDERO DEVERS	X			X		✓					X
7	05400845250	YESENIA CRUCETA HERNANDEZ	X			X		✓					X
8	40224390837	RAFAELINA ALTAGRACIA DIAZ BENCOSME	X		X			✓					X
9	05400268065	JABIELA MARCISA DIAZ MATA	X		X			✓					X
10	05401359947	ALVIN JOSE FERNANDEZ JEREZ		X	X			✓					X
11	05400927546	ROSALY FRANCISCA GARCIA GARCIA	X			X		✓					X
12	05400957469	MIRIAM MARGARITA GARCIA MOSQUERA	X		X			✓					X
13	05401507297	LUISA MARIA GUZMAN MELIA	X		X			✓					X
14	05401331466	LUCIDARMY ALTAGRACIA HENRIQUEZ FLORES	X			X		✓					X
15	40209661614	LIDIA MERCEDES LOPEZ QUEZADA	X			X		✓					X
16	00118039395	TATIANA DEL CARMEN MORETA TRINIDAD	X			X		✓					X
17	05401406771	ADALGISA DEL CARMEN OLIVARES ULERIO	X		X			✓					X
18	22400571968	RUTH ELIZABETH PEÑA	X		X			✓					X
19	05401499008	KELVIN ESTEBAN RAMIREZ CAMACHO		X	X			✓					X
20	03103290833	ENA MARIA CONCEPCION ROSARIO	X			X		✓					X
21	05401319685	ROBERT JOEL TAVERAS PERALTA		X	X			✓					X
22	05400665534	MAYULY ALTAGRACIA UREÑA RAMOS	X			X		✓					X
23	05401173843	CARMEN MARIA VALENTIN MARTINEZ	X		X			✓					X
24	05401343206	MARIA DEL CARMEN VASQUEZ MERCEDES	X		X			✓					X
Total			21	3	15	9							24

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

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

Certificado: Físico Web

Lidera Mercado de la Empresa: David Rodríguez Facilitador(a)
Asesor(a): Dio Juan Alvar
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 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 fisico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcara con una X en el recuadro Web.

INFOTEP	
DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS	
FECHA DE ENTRADA	17-12-2024
FECHA DE TIERRE	18/12/24
FOLIO	347
FIRMA	AAUS



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040-2023 Edición 8

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

20241014776 ERECTIVA
Comunicación de Capacitación
Hospital Tobío Panosme
Lidia Mercedes López Vargas
Fecha de inicio: 25/11/24
Fecha de término: 25/11/24
Horario: 8:00-16:00
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	FECHA	Resultado
			F	M	OP	MM/G	FECHA							
1	004-0085884-0	Claris Cepeda	X			X								X
2	402-2635600-0	Yolany Lenela Páez Ballón	X			X								X
3	DDI-1803939-5	Patricia Mercedes López	X			X								X
4	402-0908161-4	Lidia Mercedes López	X			X								X
5	054-0149900-8	Kelvin Rommey	X			X								X
6	054-0191648-5	Deborah Páez	X			X								X
7	402-1508061-1	Franzina Páez	X			X								X
8	054-0051308-4	Bianca Espinoza	X			X								X
9	054-015818-3	Yolanda Espinoza	X			X								X
10	054-0185101-3	Dorota Páez Ballón	X			X								X
11	054-0110122-4	Miraflores Espinoza	X			X								X
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
Totales			6	5		11								11

Legendas:

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

Certificado Base Observaciones:



Lidia Mercedes López

Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.

[Handwritten signatures and initials]

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 coleteo 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.

INFOIEP	
DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS	
09-12-14	FECHA DE ENTRADA
12/12/2014	FECHA DE CIERRE
412	FIRMA
	FOLIO

REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20241014777
 Nombre de la Acción de Capacitación: TRABAJO EN EQUIPO
 Institución / Empresa: HOSPITAL DOCTOR TORIBIO BENCOSME

Fecha de Inicio: 27/11/2024 ✓
 Fecha de Término: 27/11/2024 ✓
 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	MM/G						
1	05400858840	CLARIS SAGRARIO CEPEDA DIAZ	X			X	27/11/24	✓					X
2	05401507297	LUISA MARIA GUZMAN MEJIA	X			X	27/11/24	✓					X
3	05401331466	LUCIDARMY ALTAGRACIA HENRIQUEZ FLORES	X			X	27/11/24	✓					X
4	40209681614	LIDIA MERCEDES LOPEZ QUEZADA	X			X	27/11/24	✓					X
5	05400126800	ANA MARIA MICHEL SOLIS	X			X	27/11/24	✓					X
6	00118039395	TATIANA DEL CARMEN MORETA TRINIDAD	X			X	27/11/24	✓					X
7	05400753454	FATIMA YADERY OVALLES MOSCOSO	X			X	27/11/24	✓					X
8	05401499008	KELVIN ESTEBAN RAMIREZ CAMACHO		X		X	27/11/24	✓					X
9	40222779650	YOELINA LUCIA RODRIGUEZ PEREZ	X			X	27/11/24	✓					X
10	03103290833	ENA MARIA CONCEPCION ROSARIO	X			X	27/11/24	✓					X
11	40231537875	YAGELIS ALTAGRACIA SANTANA ROSARIO	X			X	27/11/24	✓					X
12	05401319685	ROBERT JOEL TAVERAS PERALTA		X		X	27/11/24	✓					X
13	05400644935	LUCIA TEJADA BRITO DE OSORIO	X			X	27/11/24	✓					X
Total			11	2	1	12							13

Observaciones: _____

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado, Q = Califica NIC = No califica

Contraparte de la Empresa: Lidia Lopez Quezada Facilitador(a): Richard Lopez Asesor(a): Maureen Batista Certificado: Físico Web

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.: [Signature]



INFOIEP
 DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS
 FECHA DE ENTRADA: 09-11-24
 FECHA DE CIERRE: 12/11/24
 FIRMA: [Signature]
 FOLIO: 107

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 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.