



Organismo Dominicano de Acreditación
ODAC

Primer (1er) Informe de Avance en la Implementación del Plan de Mejora Institucional con Base en el Modelo CAF 2020

Elaborado por:
Departamento de Planificación y Desarrollo
Julio 2022

Contenido

Introducción	3
Áreas de Oportunidad de Mejoras.....	4
Acciones Implementadas.....	5
Evidencias.....	6
Conclusión	11

Introducción

El presente documento corresponde al primer (1er) informe de avances obtenido por el Organismo Dominicano de Acreditación (ODAC) en la implementación del Modelo CAF, impulsado por el Ministerio de Administración Pública (MAP).

El plan de mejora institucional del ODAC, está basado en los hallazgos encontrados en el autodiagnóstico CAF realizado en el año 2020, arrojando áreas de mejoras en diversos criterios que permitirá a la institución desarrollar acciones que fortalezca su sistema de gestión, de cara a mejorar los servicios brindados a la ciudadanía y a su personal interno.

Este plan está enfocado en trabajar en tres (3) criterios de lo cual está compuesto el modelo CAF:

- Criterio 3 – Personas.
- Criterio 4 – Alianzas y recursos.
- Criterio 5 – Procesos.

A partir de los hallazgos encontrados se priorizaron las áreas de mejoras con sus correspondientes subcriterios. A continuación, enlistamos las oportunidades de mejora planteadas a través de los hallazgos detectados, así como las actividades realizadas para su implementación.

Áreas de Oportunidad de Mejoras

▪ Criterio 3: Personas

Sub-Criterio 2.2: Desarrollar la estrategia y planificación, teniendo en cuenta la información recopilada.

Hallazgo del autodiagnóstico: No se ha desarrollado una política de responsabilidad e integrarla en la estrategia y planificación de la organización.

Cumplimiento: 0%

▪ Criterio 4: Alianzas y Recursos

Sub-Criterio 3.2: Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la organización.

Hallazgo del autodiagnóstico: No se ha evaluado el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros, en relación con el costo de las actividades.

Cumplimiento: 0%

▪ Criterio 4: Alianzas y Recursos

Sub-Criterio 4.5: Gestionar la tecnología.

-Hallazgo del autodiagnóstico: No se ha definido como las TICs pueden ser utilizadas para mejorar el servicio prestado.

Cumplimiento: 0%

▪ Criterio 4: Alianzas y Recursos

Sub-Criterio 4.6: Gestionar las instalaciones

-Hallazgo del autodiagnóstico: No se posee un Plan de Seguridad, higiene y salud ocupacional implementado.

Cumplimiento: 0%

▪ Criterio 4: Alianzas y Recursos

Sub-Criterio 5.2: Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos/clientes.

-Hallazgo del autodiagnóstico: No se ha involucrado a otros grupos de interés en el desarrollo de los estándares de calidad.

Cumplimiento: 0%

Acciones Implementadas

Sub-Criterio 6.1: Mediciones de percepción.

-Hallazgo del autodiagnóstico: No hemos implementado mediciones sobre la calidad de los productos y servicios ofrecidos por la institución ya que por ser un organismo de reciente creación estamos generando los primeros registros correspondientes al proceso de evaluación y acreditación.

-Acciones correctivas:

-Remitir el formulario MCI-CG-P01-F01 sobre Encuesta de Satisfacción.

-Tabular y evaluar los resultados recibidos de los ciudadanos/clientes con relación a la calidad de los productos y servicios recibidos.

-Aplicar los correctivos que correspondan para la mejora del SGA.

Cumplimiento: 100%

Sub-Criterio 6.1: Mediciones de percepción.

-Hallazgo del autodiagnóstico: No se han realizado mediciones de percepción sobre la información disponible (cantidad, confianza, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).

-Acciones correctivas:

-Modificar el formulario MCI-CG-P01-F01

-Remitir el formulario MCI-CG-P01-F01 sobre Encuesta de Satisfacción.

-Tabular y evaluar los resultados recibidos de los ciudadanos/clientes con relación a la calidad de los productos y servicios recibidos.

-Aplicar los correctivos que correspondan para la mejora del SGA.

Cumplimiento: 100%

Sub-Criterio 6.1: Mediciones de percepción.

-Hallazgo del autodiagnóstico: No se han realizado encuesta de satisfacción a los clientes/ciudadanos en base al servicio brindado.

-Acciones correctivas:

-Remitir el formulario MCI-CG-P01-F01 sobre Encuesta de Satisfacción.

-Tabular y evaluar los resultados recibidos de los ciudadanos/clientes con relación a la calidad de los productos y servicios recibidos.

-Aplicar los correctivos que correspondan para la mejora del SGA.

Cumplimiento: 100%

Sub-Criterio 6.2: Mediciones de resultados.

-Hallazgo del autodiagnóstico: No se han realizado mediciones de la eficiencia de los canales de información.

-Acciones correctivas:

-Modificar el formulario MCI-CG-P01-F01

-Remitir el formulario MCI-CG-P01-F01 sobre Encuesta de Satisfacción.

-Tabular y evaluar los resultados recibidos de los ciudadanos/clientes con relación a la calidad de los productos y servicios recibidos.

-Aplicar los correctivos que correspondan para la mejora del SGA.

Cumplimiento: 100%

Sub-Criterio 6.2: Mediciones de resultados.


-Hallazgo del autodiagnóstico: No se han realizado levantamientos sobre las mediciones con relación a la precisión de la información disponible y tiempo de respuestas.

-Acciones correctivas:

- Modificar el formulario MCI-CG-P01-F01
 - Remitir el formulario MCI-CG-P01-F01 sobre Encuesta de Satisfacción.
 - Tabular y evaluar los resultados recibidos de los ciudadanos/clientes con relación a la calidad de los productos y servicios recibidos.
 - Aplicar los correctivos que correspondan para la mejora del SGA.
- Cumplimiento: 100%

Evidencias

1. Formulario MCI-CG-P01-F01 / Encuesta Satisfacción



ENCUESTA DE SATISFACCION

Usuario/Empresa/Organización/Institución:

Nombre:

Email:

Por favor conteste las siguientes preguntas, marcando en los casilleros de acuerdo a:

Insatisfecho 1	Regular 2	Satisfecho 3	Muy satisfecho 4
Cuando la percepción es menor que la expectativa	Cuando la percepción es aceptable, pudiendo mejorar	Cuando la percepción cumple con la expectativa	Cuando la percepción supera la expectativa


1. Al realizar usted su consulta al ODAC fue atendido por un representante del área de (marque con una X):

Dirección Ejecutiva Línea Acceso a la Información Administrativo Financiero Calidad en la Gestión Recepción	Acreditación de Laboratorios Acreditación de Organismos de Inspección Acreditación de Organismos de Certificación Otro, especifique:
---	---

2. En relación a la información recibida, cuál es su grado de satisfacción en cuanto a:

	1	2	3	4
Facilidad para establecer contacto con el área solicitada				
Disponibilidad del personal para brindar la información				
Conocimiento del personal en cuanto a la información requerida				
Profesionalidad de la persona que le atendió				
Rapidez de respuesta por canales de comunicación (email, teléfono, presencial)				
Nivel de eficiencia de los canales de información				

MCI-CG-P01-F01 V03 2021-10-08 Página 1 de 3



ENCUESTA DE SATISFACCION

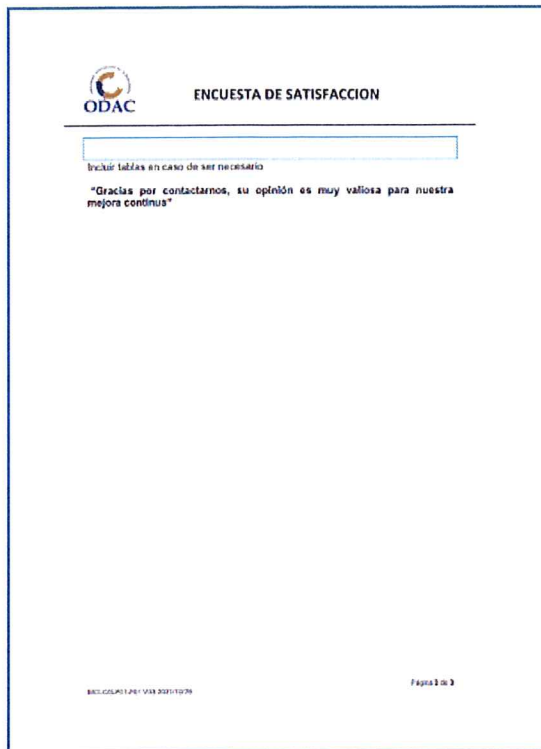
Nivel de satisfacción sobre la información disponible (cantidad, calidad, precisión, confianza, facilidad de lectura y su asociación al grupo de interés al que está dirigida)					
Reacción oportuna y adecuada a su solicitud					
Nivel de satisfacción general con la información recibida					

3. En términos generales y basados en los servicios de acreditación que brinda el ODAC, cuál es su grado de satisfacción en cuanto a:

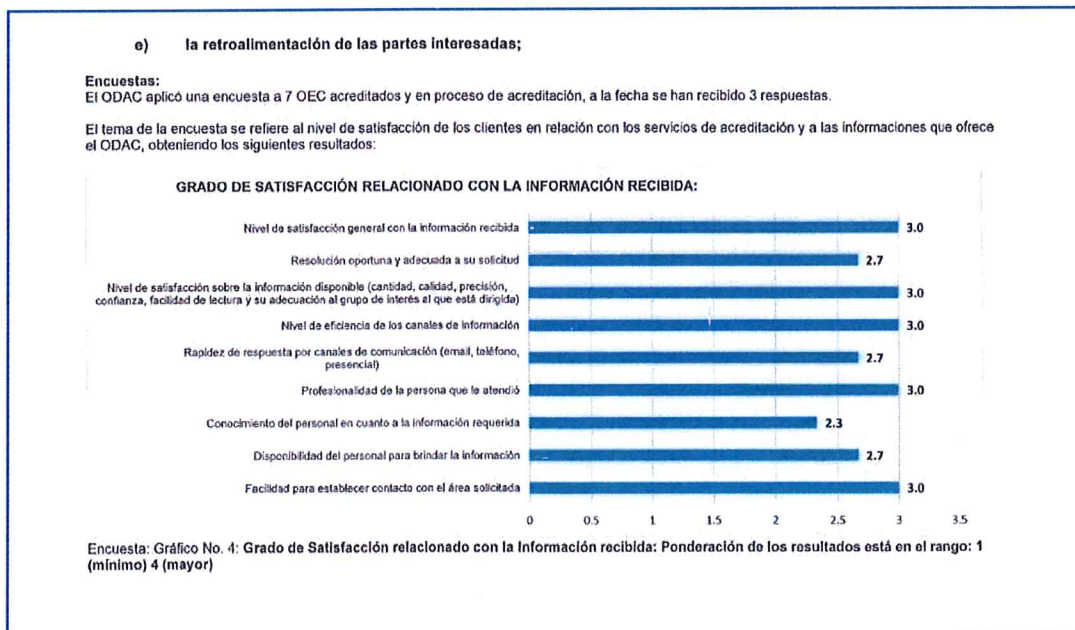
	1	2	3	4	5
Accesibilidad a la información del servicio por los diferentes medios (presencial, internet, vía telefónica)					
Grado de confianza y calidad de la información suministrada (completa y libre de errores)					
Calidad del servicio					
Confidencialidad en las informaciones suministradas para el proceso de acreditación					
Imparcialidad demostrada por el personal involucrado en el proceso de acreditación					
Cobertura en los resultados obtenidos del proceso de acreditación					
Nivel de satisfacción con relación al tiempo de respuesta					
Nivel de satisfacción general con la prestación del servicio de acreditación					

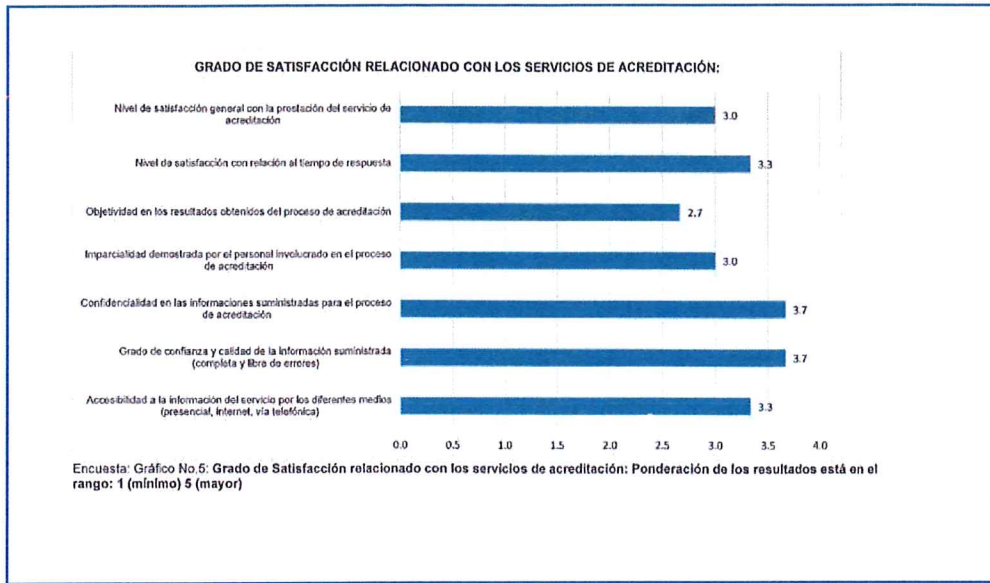
4. Para aquellos aspectos en que se encuentra INSATISFECHO (puntaje=1) o REGULAR (puntaje=2) exponga los motivos o realice las aclaraciones que considere convenientes:

MCI-CG-P01-F01 V03 2021-10-08 Página 2 de 3



2. Resultados recibidos en calidad de Productos y Servicios





En las encuestas se recibieron los siguientes comentarios:

- Los hallazgos no fue posible debatirlos en los tiempos acordados con el Equipo Evaluador,
- la cotización del servicio contenía errores de fondo, solicitamos su revisión y aun continuamos en la espera.
- El tiempo para presentar la opinión divergente no es adecuado (1 día) y el ODAC emite respuesta muy tardía (22 días).
- Se solicitó información sobre las cotizaciones de los seguimientos y no recibimos respuesta oportuna.

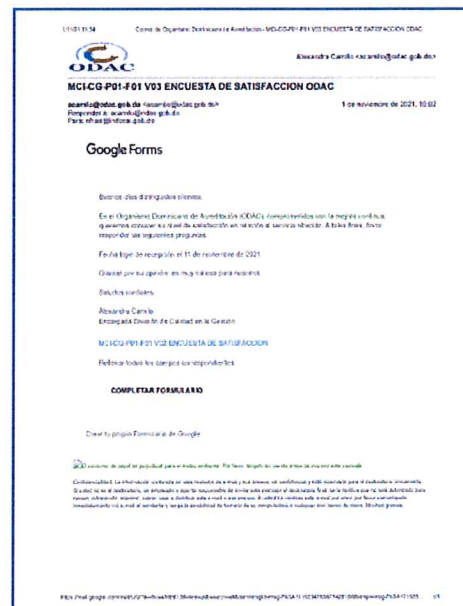
Se observa que los resultados de los Gráficos No. 4 y 5 se refieren a:

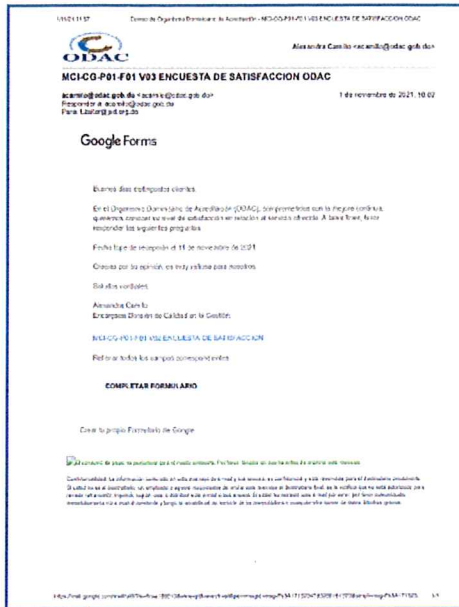
ODAC-CG-P05-F01 V02 2018/11/12

Los aspectos tanto de la información que recibe el OEC por parte del ODAC como el servicio de acreditación deben ser reforzados, sobre todo aquellos relacionados con los tiempos de respuestas, la disponibilidad para brindar la Información. Respecto a la opinión divergente, el comentario relacionado con la opinión divergente no es adecuado, debido a que el "ODAC-DT-P-07 V07 Actividades posteriores a la evaluación", especifica en el numeral 6.2.3, el tema de 1 (uno) día para presentar la opinión divergente, porque da la oportunidad a OEC de presentar sus evidencias que respaldan el cumplimiento del hallazgo encontrado en la evaluación, este proceso no se refiere a la justificar o cerrar una No Conformidad. Respecto a los 22 días de respuesta de la opinión divergente desde el ODAC, se debe al tiempo el ODAC gestiona la respuesta mediante un Comité Ad doc con respaldo de competencia técnica

La revisión de los tiempos de respuestas está contemplado en los compromisos asumidos (Acuerdos).

3. Remisión formulario MCI-CG-P01-F01





4. Matriz de Seguimiento a los Acuerdos de la Revisión por la Dirección

MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Fecha de actualización: 2021.12.07 Revisión por la Dirección No.: 002-2021

No.	Acuerdo	Actividad	Meta	Medio de Verificación	Responsable e Involucrados	Fecha de entrega	% de ejecución	Estatus
1	5a) Realización de un análisis de tiempo del proceso de acreditación, para verificar su viabilidad y en base a sus resultados ajustar los plazos establecidos. 5b) Conformación del comité de parte interesadas, acorde al procedimiento ODAC-DE-P-01 Conformación y Funcionamiento de los Órganos Colegiados	5a) 1. Realizar un análisis de tiempo del proceso de acreditación, para verificar su viabilidad y en base a sus resultados ajustar los plazos establecidos. 5b) 1. Conformar el comité de parte interesadas, acorde al procedimiento ODAC-DE-P-01 Conformación y Funcionamiento de los Órganos Colegiados.	1. Un análisis de tiempo realizado del proceso de acreditación, para verificar su viabilidad y en base a sus resultados ajustar los plazos establecidos. 2. Un comité de parte interesadas conformado, acorde al procedimiento ODAC-DE-P-01 Conformación y Funcionamiento de los Órganos Colegiados.	Informe de análisis de tiempo realizado. Comunicación de designación de comité y los registros del procedimiento ODAC-DE-P-01 aplicables.	Dirección Ejecutiva, Dirección Técnica, Departamento de Acreditación respectivo, División de Recursos Humanos, División de Calidad en la Gestión.	Febrero 2022		
2	6a) Implementación del esquema para la norma ISO/IEC 17065, la cual depende del ingreso de una solicitud.	Implementar el esquema para la norma ISO/IEC 17065, hasta la evaluación in situ realizada.	Un OEG del esquema para la norma ISO/IEC 17065 con la evaluación in situ realizada. OEG en proceso de acreditación.	Registros de los procedimientos que apliquen completados (ODAC-DI-P02, P04, P05 y P08).	Dirección Técnica Departamento de Acreditación de Organismos de Certificación de Sistemas, Productos y Personas	Diciembre 2021		
3	6b) Implementación del Esquema para la norma ISO/IEC 17021-1, la cual depende del ingreso de una solicitud.	6b) 1. Implementar el Esquema para la norma ISO/IEC 17021-1, hasta la evaluación in situ realizada.	Un OEG del esquema para la norma ISO/IEC 17021-1 con la evaluación in situ realizada. OEG en proceso de acreditación.	Registros de los procedimientos que apliquen completados (ODAC-DI-P02, P04, P05 y P08).	Dirección Técnica Departamento de Acreditación de Organismos de Certificación de Sistemas, Productos y Personas	Diciembre 2021		
Mejora del sistema de gestión y de sus procesos:		Iniciativas de los Organismos Colegiados:						
6		a) 3. Promoción de los riesgos identificados en la AI 001-2020 mediante los formularios OMAC-PA-P01-F01 V04 Matriz de Valoración y Administración de Riesgos, OMAC-PD-P01-F02 V04 Matriz de PMN y Ejecución de Operatividades y OMAC-PD-P01-F03 V04 Matriz de Riesgo Residual.	Lograr el 100% de la revisión de los riesgos identificados en la AI 001-2020, debidamente completados en sus formularios.	OMAC PD-P01-F01 V04 Matriz de Valoración y Administración de Riesgos, OMAC-PA-P01-F01 V04 Matriz de PMN y Ejecución de Operatividades y OMAC-PD-P01-F03 V04 Matriz de Riesgo Residual.	Encargados de Departamentos y Divisiones	12 de enero 2022	100%	100%

9	sin revisión de los servicios y del proceso de acreditación de acuerdo con los nuevos	a) 1. Revisión de los Servicios establecidos en los documentos del SGA para las actividades de acreditación 1. Tiempos de respuesta para organizaciones 2. Planos de evaluación 3. Tiempos institucionales en las VAC 4. Detalles de acreditación 5. Entrega del sistema de acreditación	Corrección de por lo menos 10 procedimientos acordados	10 11 Procedimientos del área técnica con etapas vinculadas (coherentes) referencias al proceso de acreditación	Dirección Técnica y Calidad de la Gestión	31 octubre del 2022 (AV)			NA
10	revisión de los servicios y del proceso de acreditación de acuerdo con los nuevos procedimientos y con los requisitos de las partes interesadas;	b) 2. Realizar un análisis de tiempo del proceso de acreditación, para verificar su viabilidad y en base a sus resultados ajustar los plazos establecidos;	Un análisis de tiempo realizado del proceso de acreditación, para verificar su viabilidad y en base a sus resultados ajustar los plazos establecidos;	Informe de análisis de tiempo realizado;	Dirección Técnica, Departamento de Acreditación respectivo, División de Recursos Humanos, División de Calidad en la Gestión	Febrero 2022			
11									
12	c) la necesidad de recursos;								
13									
14	d) la definición o modificación de políticas, metas y objetivos	d) 1. Elaborar un Plan de Acciones, aprobado, dirigido e implementado para el cumplimiento de los objetivos de calidad.	1 Plan de Acciones subseccional, aprobado, dirigido e implementado.	Plan de Acciones aprobado, carnos de implementación, evidencias de la implementación.	Dirección Ejecutiva de Involucros y Desarrollo Encargados de Departamentos de Acreditación Calidad en la Gestión	15 diciembre 2021 - noviembre 2022			

Elaborado por:
Alfonso Camilo
Alfonso Camilo
Encargado de la División de Calidad
Fecha de emisión: 2022/07/27

Aprobado por:
Alfonso Camilo
Alfonso Camilo
Encargado de la División de Calidad
Fecha de aprobación: 2022/07/28

Lectura:	
Ejecutado	
En ejecución	
Pendiente	

Conclusión

El Organismo Dominicano de Acreditación (ODAC) presenta los resultados de Primer (1er) Informe de implementación del Plan de Mejora Institucional Modelo CAF para el periodo 2022, presentando un avance significativo en la ejecución de las acciones planteadas en dicho plan. El accionar de dicho plan arroja los siguientes resultados: consecución de diez (10) acciones comprometidas, equivalente al 50% ejecutado. Este resultado contribuye a robustecer e implementar herramientas al sistema de gestión para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a la ciudadanía y los clientes internos.

Con estos avances se demuestra el compromiso asumido por la Dirección Ejecutiva y su personal, de contribuir con el robustecimiento de los servicios brindados, así como mejorar las instalaciones y habilidades de su personal para mejorar su desempeño.

Elaborado por:



José Raúl Morel Peña
Analista Planificación y Desarrollo

