

**GUIA DE AUTOEVALUACIÓN ORGANIZACIONAL
CON EL MODELO CAF
(BASADO EN LA VERSIÓN CAF 2020)**

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:

Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9-1-1

FECHA:

_____ **Junio 2026** _____

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

El Modelo CAF (*Common Assessment Framework*) -Marco Común de Evaluación- ha sido diseñado por los países miembros de la Unión Europea, como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Como Modelo de Excelencia, el CAF ofrece un marco sencillo, fácil de usar e idóneo para que las organizaciones del sector público transiten el camino de la mejora continua y desarrollen la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, y con la finalidad de facilitar ese proceso en los entes y órganos del sector público dominicano, el Ministerio de Administración Pública (MAP) ha elaborado esta *Guía de Autoevaluación Institucional*, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, el apoyo de una serie de ejemplos, que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización, en base a la actualización del Modelo CAF en su versión 2020.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, la organización, mediante el consenso, puede medir el nivel de excelencia alcanzado, utilizando los paneles de valoración propuestos por la metodología CAF para los Criterios Facilitadores y de Resultados y elaborar su Informe de Autoevaluación y un Plan de Mejora cuyo objetivo es, emprender acciones de mejora concretas que impulsen a elevar los niveles de calidad en la gestión y en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

La primera versión de la guía se elaboró en el año 2005, bajo la asesoría de María Jesús Jiménez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), de España.

Santo Domingo, marzo 2021.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
2. Leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Cada uno de los miembros del Comité de Calidad analiza los criterios, trabajando uno a la vez.
3. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si las acciones de la organización se asemejan o no a la experiencia planteada en el ejemplo.

En la columna de **Puntos Fuertes**, relatar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo expresado por el ejemplo. Señalar la(s) **evidencia(s)** que sustenta el punto fuerte y recopilar la información para fines de verificación.

4. En la columna **Áreas de Mejora**, enunciar todo aquello, relacionado con el ejemplo, en donde la organización no tenga o no pueda evidenciar avance. Sin hacer propuestas de mejora, describir las áreas de mejora en negativo: “No se ha realizado...” en los criterios facilitadores, “No se ha medido...” en los criterios de resultados; o “no se evidencia” para los casos en los que la Organización realice acciones o mediciones de las cuales no posee los soportes.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el ejemplo, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de Mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Auto-Evaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

Evaluación de consenso:

Una vez completada la evaluación individual, el Comité de Calidad deberá reunirse para revisar el Autoevaluación, analizar todas las fortalezas con las evidencias identificadas y las áreas de mejora por Subcriterio, y luego de completado el consenso, elaborar el Informe de Autoevaluación y el Plan de Mejora.

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO.

Considerar qué está haciendo el liderazgo de la organización para lograr lo siguiente:

Subcriterio I.1. Dirigir la organización desarrollando su misión, visión y valores.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (máxima autoridad ejecutiva, directores, supervisores): I) Formulan y desarrollan un marco institucional (misión, visión y valores), definido y elaborado con la participación de los empleados y grupos de interés relevantes, asegurando que estén alineados a las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector público y la agenda nacional. Ejemplos: Constitución, normativas vigentes, Planes sectoriales, Estrategia Nacional de Desarrollo (END), Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP).	 I-La institución ha desarrollado una metodología de elaboración y revisión de misión, visión y valores, en la cual se ha determinado que en el marco de elaboración de Plan Estratégico se realiza este ejercicio. Para esto tenemos un procedimiento de Planificación Estratégica donde se desglosan los pasos a seguir. En este ejercicio participan los empleados, y los grupos de interés relevante. En el marco de la elaboración del Plan Estratégico 2025-2028 se revisó el marco institucional (misión, visión y valores). Para esto se realizaron talleres, reuniones y encuestas donde se involucraron a los empleados y los grupos de interés. Esto se realizó tomando en cuenta y como referencia la Estrategia Nacional de Desarrollo, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP. Actualmente la institución se encuentra en la elaboración del PEI y la revisión de dicha información.) Evidencia: PR-DPD-DPD-01 - Procedimiento de Planificación Estratégica, Encuestas de sondeos a	

	los grupos de interés y talleres del PEI 2025-2028, registros de asistencia.	
2) Tienen establecido el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando los principios constitucionales.	2- En el marco de la elaboración del Plan Estratégico 2025-2028 se revisaron los valores institucionales a través de encuesta, de talleres y reuniones donde se involucraron a los empleados y los grupos de interés, el cual se encuentra en revisión y se ratificaron los valores que tenemos actualmente, ya que estos son acordes con nuestra naturaleza y filosofía. Evidencia: Valores, Plan Estratégico 2025-2028, anexos de elaboración del Plan estratégico, registros de asistencia y encuestas.	
3) Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén alineados a las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector público y la agenda nacional Ejemplo: Planes sectoriales, Estrategia Nacional de Desarrollo (END), Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP).	3-La elaboración de la misión, visión y valores se realizó tomando en cuenta lo establecido por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Por tal razón fueron modificadas la misión y visión. Las mismas fueron alineadas a los lineamientos de la END. Evidencia: Procedimiento de Planificación Estratégica, Plan Estratégico 2025-2028, misión, visión y valores.	
4) Garantizan una comunicación y socialización de la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.	4 Actualmente la institución se encuentra en la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2025-2028. Luego de finalizado se estará socializando todo su contenido.	

	Evidencia:	
5) Aseguran el efectivo funcionamiento de la organización y su preparación para nuevos desafíos revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, desarrollos demográficos, impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes) y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).	5- El proceso de revisión de la misión, visión, valores y de las estrategias se realizan periódicamente, al menos cada cuatro años, en el marco de la revisión y elaboración del Plan Estratégico. Adicionalmente se hace una revisión anual del documento de Plan Estratégico en el cual se verifica y se alinean de acuerdo a los cambios establecidos del entorno externo. Si en el transcurso del año surge una reforma del sector público que debe ser implementada se realizan los cambios pertinentes.). Evidencia: Procedimiento de Planificación Estratégica, Documentos soporte de elaboración del Plan Estratégico.	
6) Cuentan con un sistema para gestionar la prevención de comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.), apoyado en los reglamentos establecidos para compras, asignación y ejecución presupuestaria, rendición de cuentas y transparencia; a la vez que se instruye al personal en cómo identificar estos conflictos y enfrentarlos.	6-La institución desde el 29 de agosto 2017 cuenta con una Comisión de ética pública, para el año 2022 se realizaron elecciones para otra versión de esta comisión formada bajo los lineamientos de la Dirección General de Ética. En esta ocasión creamos una comisión de ética en Zona Norte de acuerdo al direccionamiento de la DIGEIG. Para el año 2021 la DIGEIG realizó una evolución y fortalecimiento de estas comisiones y creó, mediante el Decreto 791-21 Comisiones de Integridad Gubernamental y Cumplimiento Normativo (CIGCN). Para esto en el año 2022 se realizó la tercera elección de la nueva Comisión Integridad Gubernamental y Cumplimiento Normativo en la cual se eligieron los nuevos miembros cuyo coordinador electo, para esta versión, es la RAI. De acuerdo a lo establecido en los nuevos lineamientos la comisión debe ser una sola por lo que, a partir	

	del año 2022, tenemos una Comisión con accionar nacional. Además, se ha creado un procedimiento de Gestión de Ética Institucional. En el año 2025 se realizaron elecciones para conformar la nueva comisión de ética institucional la cual está en funciones. Se previene la corrupción por medio del establecimiento de procedimientos de acuerdo con las leyes establecidas, para cumplimiento y aplicación de las mismas. Un ejemplo de esto es la elaboración de los procedimientos de compras, de acuerdo con las leyes, normativas y reglamentos aplicables. Estas directrices establecidas por la Dirección General de Compras y Contrataciones. Adicional a esto, se levantaron y documentaron procedimientos de la gestión de recursos económicos tales como: gestión de viáticos, de presupuesto, transferencias de recursos, etc. De acuerdo a las normativas establecidas por los entes rectores. Adicional a esto se han implementado las Normas Básicas de control interno en primer y segundo grado, las cuales permiten que se prevenga comportamientos no éticos, por medio del establecimiento de controles y del trabajo en la consciencia de los empleados. Todo el personal de nuevo ingreso firma acuerdos de confidencialidad, al igual que los proveedores. La comisión de integridad y cumplimiento normativo realiza campañas para la prevención de la corrupción y los conflictos de interés. La institución posee un código de integridad que es dado a conocer a todo personal de nuevo	
--	--	--

	ingreso y a los proveedores de bienes y servicios. A todos los proveedores se les suministra el código de integridad pública dado por la DIGECOG. Evidencia: MA-DEJ-OAI-03 Código de Integridad Institucional, PR-DEJ-OAI-01 procedimiento de Gestión de Ética Institucional, Procedimientos compras y de finanzas, Evidencia de las conformaciones de las comisiones de Integridad, Muestra de acuerdos de confidencialidad, Programa de Inducción y Manual de Inducción. Acta de conformación de la comisión de Integridad Gubernamental Correos enviados y campañas realizadas respecto a la ética y conflicto de intereses.	
7) Refuerzan la confianza mutua, la lealtad y respeto, entre todos los miembros de la organización líderes/directivos/empleados).	7-Fueron elaboradas políticas que apuntan a la confianza mutua, lealtad y respeto las cuales se colocaron dentro del Código de Integridad Institucional. Los directores y encargados realizan reuniones de seguimiento con sus equipos. Se han implementado políticas y procedimientos que promueven la participación de los colaboradores de la institución, de manera respetuosa, en la mejora de los procesos de la institución a través del buzón de quejas y sugerencias. Evidencia: MA-DEJ-OAI-03 Código de Integridad Institucional, MA-DRH-EDC-01 Manual de Inducción, Minutas y registros de asistencia	

Subcriterio 1.2 Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (máxima autoridad ejecutiva, directores, supervisores): 1) Definen e instruyen oportunamente las actualizaciones de las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	1-De acuerdo a lo definido por el Ministerio de Administración Pública se hace una verificación de la estructura organizativa, para determinar lo que necesita la institución para cumplimiento de la función para la cual fue creada, cumplimiento del Plan Estratégico y nuevos proyectos de la institución. La última versión del organigrama, el cual posee los niveles adecuados, su aprobación fue en el año 2021. Para esto también se elaboró el manual de organización y funciones donde se despliega esta información, este fue aprobado en el año 2022, el mismo está vigente hasta el año 2026. Actualmente la misma fue ratificada y nos encontramos en el proceso de revisión y adecuación. Adicional a esto, se levantan y documentan todos los procesos en manuales y procedimientos de la institución. Se han definido descripciones de puesto en las cuales se han establecido las competencias, perfiles y responsabilidades por puesto. Todas estas informaciones son divulgadas de manera oportuna en la institución. Evidencia: Estructura aprobada, MOF aprobado, Minutas, registro de asistencia a socialización, evidencias de proceso de elaboración del Manual de Cargos.	Si bien se cuenta con descripciones de puesto para cada posición, la cual es entregada a los colaboradores al momento de su ingreso. Actualmente la institución se encuentra en la fase final proceso de elaboración y aprobación del Manual de cargos con fines de dar cumplimiento a los requerimientos del MAP en este sentido.
2) Emplean objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	2- Desde el Plan Estratégico se han establecido metas y objetivos que se despliegan en la institución para cumplimiento. La institución cuenta con objetivos de calidad, indicadores de gestión de los procesos, indicadores de cumplimiento de PEI, y POA. Todos los colaboradores cuentan con acuerdos de desempeño donde se despliegan esas metas y objetivos de la institución a su mínima	

	expresión. Esto se define y controla a través del Procedimiento de Gestión de Indicadores, Procedimiento de Planificación Operativa, Planificación de Calidad y Procedimiento Plan Estratégico Evidencia: Procedimiento Gestión de Indicadores, Software de indicadores, Balance Scorecard del PEI, Software de Planificación Estratégica y Operativa, Software de evaluación del desempeño, Objetivos de Calidad.	
3) Introducen mejoras en el sistema de gestión y el rendimiento de la organización de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los ciudadanos/clientes (por ejemplo, perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).	3- La institución ha implementado políticas y procedimientos para realizar el levantamiento de necesidades y expectativas de los grupos de interés. Esta información es levantada por diferentes vías tales como encuestas, reuniones, buzón de quejas y sugerencias. Una vez recopiladas el Comité de Calidad revisa las expectativas y realiza una evaluación de las partes interesadas en tres puntos, participación, influencia, e impacto. Con esto se priorizan los grupos de interés y sus necesidades y expectativas son tomadas en cuenta en la elaboración de los Planes y estrategias institucionales esto se describe en el Procedimiento de Gestión de Partes Interesadas. Evidencia: PR-DPD-DPD-03 Análisis de las Expectativas de los grupos de interés, Plan Estratégico Institucional	
4) Gestionan un sistema de información, sistema de Gestión de control interno, y de gestión de riesgos, para el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización.	4- Se ha implementado una metodología de gestión de riesgos integral donde se abordan los factores que pueden incidir en la institución desde tres vertientes, las cuales son: la gestión de riesgos estratégicos, la gestión de riesgos operativos y la gestión del control interno. La gestión de riesgos estratégicos se aborda y se controla a través de los	

	lineamientos establecidos en el Procedimiento de Planificación Estratégica, con una metodología de gestión de riesgos abordados desde el contexto organizacional. Para los riesgos operativos se gestiona a través de los lineamientos establecidos en el Procedimiento de Gestión de Riesgos, donde se toman en cuenta todos los factores críticos y de éxito que puedan afectar la gestión institucional. En términos de control interno se ha implementado de manera efectiva el Sistema de Control Interno que promueve la Contraloría General de la República, a través de las NOBACI, los principios descansan en cada uno de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad. El cumplimiento de la Valorización y Administración de Riesgos (VAR) se hace a través de la gestión de riesgos operativos. La institución ha desarrollado de forma interna una aplicación de gestión de información y de indicadores y una de control de la planificación estratégica y operativa, donde se puede dar seguimiento el cumplimiento de los logros estratégicos, operativos y cumplimiento de Plan de compras y contrataciones. Además, se ha implementado un Software de Gestión de Calidad (CERTOOL) en el cual se gestionan los riesgos. Evidencia: Software Gestión de Indicadores, Software de Planificación, Software de Gestión de Calidad, Monitoreo y evaluación Estratégica y Operativa, PR-DPD-DCG-02 Procedimiento de Gestión de Indicadores, PR-DPD-DPD-01 Procedimiento de planificación estratégica, PR-DPD-DPD-02 Procedimiento de planificación operativa.	
--	--	--

5) Aplican los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.	5-La institución ha implementado un Sistema de Gestión de Calidad basada en principios de Gestión mundial. Se ha implementado la Norma ISO 9001:2015 a modo de buena práctica. Desde el año 2015 la institución ha implementado el Modelo de Excelencia CAF realizando anualmente la autoevaluación y sus respectivos planes de mejora. Adicional a esto el Sistema de Gestión de Calidad del Sistema 9-I-I se ha integrado con las Normas de COPC (Norma de Gestión de Centros de Contacto, Normas ISO 18295-I Requisitos para los centros de contacto con el Cliente y Normas NENA (Normas especializadas para Centros de Emergencias). Evidencia: Autoevaluación CAF, Manual de Calidad, Informe Análisis de Brechas de Norma ISO 18295-I con Modelo Sistema 9-I-I.	
6) Aseguran una efectiva comunicación externa a todos los grupos de interés; e interna, en toda la organización, a través del uso de medios de gran/mayor alcance a la población, incluidas las redes sociales.	6-La institución ha establecido políticas y procedimientos de gestión de la comunicación, donde, de acuerdo con los grupos de interés y sus necesidades se establece el qué, cómo, quién y cuándo, se comunican las informaciones, todo esto plasmada en una matriz de comunicación. Para esto se utilizan los medios de comunicación tales como comunicaciones directas, reuniones, correo electrónico, redes sociales (Facebook, X, Instagram, YouTube, Página Web, LinkedIn), medios de prensa como periódicos y canales de televisión. Evidencia: PO-DCO-DCO-01 Política de Comunicación Institucional, PR-DCO-DCD-01 Procedimiento de Gestión de Redes Sociales, PR-DCO-DRP-01 Procedimiento de Gestión de Notas	

	De Prensa, PR-DCO-DCO-01 Procedimiento de Gestión de Visitas Guiadas y Charlas Educativas y PR-DCO-DRP-02, Matriz de Comunicación, Colocación en los medios de prensa, print screen de publicaciones en las redes sociales y medios internos	
7) Aseguran las condiciones adecuadas para el desarrollo de los procesos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.	7-Se ha establecido el proceder para levantamiento y documentación de procesos institucionales, en el marco de este ejercicio se toma en cuenta los recursos necesarios para el desarrollo efectivo de los procesos de la institución, se tienen establecidas fichas de procesos en las cuales se indican las entradas y salidas de los procesos, así como los recursos en términos de infraestructura, tecnología, personas y cualquier otro que sea requerido para las operaciones. Adicional a esto la institución ha establecido una metodología de gestión de proyectos basada en las buenas prácticas del PMI, donde estos aspectos son tomados en cuenta. En todo este ejercicio se toma en cuenta el trabajo en equipo el cual es un valor institucional y que es uno de los pilares por lo cual se alcanzan las metas. Evidencia: PR-DPD-PPP-01 Procedimiento de Gestión de Planes, Programas y Proyectos, Acta de proyecto, PR-DPD-DDI-01 Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad, Fichas de Procesos.	
8) Aseguran una buena comunicación interna y externa en toda la organización a través del uso de medios de gran /mayor alcance a la población, incluidas las redes sociales.	8- La institución utiliza los medios de comunicación disponibles para asegurar una comunicación efectiva a todos los grupos de interés. Los medios utilizados son comunicaciones directas, reuniones, correo electrónico, murales, grupos de WhatsApp, revistas internas, intranet, redes sociales (Facebook, X, Instagram, YouTube, WhatsApp), anuncios en redes	

	sociales, medios de prensa como periódicos y canales de televisión. Evidencia: PO-DCO-DCO-01 Política de Comunicación Institucional, PR-DCO-DCD-01 Procedimiento de Gestión de Redes Sociales, PR-DCO-DRP-01 Procedimiento de Gestión de Notas De Prensa, PR-DCO-DCO-01 Procedimiento de Gestión de Visitas Guiadas y Charlas Educativas y PR-DCO-DRP-02, Matriz de Comunicación, Colocación en los medios de prensa, print screen de publicaciones en las redes sociales y medios internos, Resultados encuestas de percepción de la comunicación interna, Pantallas de las redes sociales, intranet, entre otras.	
9) Muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.	9- La institución promueve una cultura de innovación en la cual los colaboradores tienen a su disposición un buzón de sugerencias, tanto físicas como electrónico. En estos se reciban las sugerencias del personal que luego de analizada y ver su factibilidad son implementadas. Adicionalmente, existen políticas y procedimientos que fomentan la revisión y actualización de los procesos de la institución, así como la revisión de las metas de los indicadores basados en los resultados obtenidos, lo cual promueve la mejora continua de los procesos de la institución. Evidencia: PR-DPD-DCG-12 Procedimiento de Gestión de sugerencias, matriz de sugerencias, informes de sugerencias, matriz de Control de sugerencias con las respuestas a suministradas, PR-DPD-DDI-01 Procedimiento de gestión de documentos del SGC, Procedimiento de gestión y medición de indicadores, Minutas de reuniones de revisiones de indicadores, Solicitudes de	

	actualización de información documentada del SGC.	
10) Comunican las iniciativas de cambio y los efectos esperados a los empleados y grupos de interés relevantes, previo a la implementación de los mismos.	10- Se ha desarrollado en el plan de comunicación institucional la matriz de comunicación institucional (con grupos de interés internos y externos) en donde se tiene contemplado el qué, cómo, cuándo, quién y a cuál parte interesada comunicar las informaciones. Adicional a esto, cualquier cambio de procedimientos se envían de manera previa a los empleados tanto por correos, como por murales y en ocasiones dependiendo la envergadura se hacen reuniones de socialización. Evidencia: FO-DCO-DCO-04 Matriz de Comunicaciones, Correos de Desarrollo Institucional.	

Subcriterio I.3 Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como modelo de referencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (máxima autoridad ejecutiva, directores, supervisores):		
1) Predican con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos. Estimulando la creación de equipos de mejoras y participando en actividades que realiza la organización que promuevan. (Por ejemplo, integridad, sentido, respeto, participación, innovación, empoderamiento, precisión, responsabilidad, agilidad).	1- Los líderes de la institución predican con el ejemplo, con el cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos establecidos. Plantean metas las cuales operativizan para el cumplimiento por parte de sus equipos. Se realizan actividades de motivación y de integración que promueven el compromiso, sentido de pertenencia en las cuales son organizadas y dirigidas por la máxima autoridad tales como: Cena navideña y año nuevo con el personal que estaba laborando en esas fechas, actividades deportivas, actividades de empoderamiento, entre otras.	

	Evidencia: Participación en las reuniones, actividades sociales	
2) Inspiran a través de una cultura de respeto y liderazgo impulsada por la innovación y basada en la confianza mutua y la apertura para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.	2- Los líderes promueven y modelan una cultura de respeto y confianza mutua, existe en la institución una cultura de puertas abiertas, donde cualquier colaborador puede acceder a cualquiera de los líderes de la institución. Además, existe un procedimiento donde el personal puede dar sus propuestas de mejora e innovación. Evidencia: Política de puertas abiertas, PR-DPD-DCG-12 Procedimiento de Sugerencias Internas.	
3) Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	3-Se ha establecido reuniones los Directores y Encargados de áreas, las cuales son un medio para que los colaboradores informen o consulten asuntos claves de la organización. Adicional a esto los colaboradores son consultados en el ejercicio de establecimiento de levantamiento y mejora de los procesos de la institución, lo que permite que los mismos estén involucrados y se empoderen de los mismos. Evidencia: Minutas de reuniones (ZN, DPD, DTIC) Registro de asistencia.	
4) Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.	4- Los líderes empoderan y apoyan al personal en las tareas y funciones asignadas, desde el establecimiento de descripciones de puesto hasta la delegación de actividades. Dando seguimiento y retroalimentación oportuna a los colaboradores de manera tal que pueden realizar los ajustes necesarios para la consecución de la tarea. Se han establecidos acuerdos de desempeño, planes de desarrollo, planes de capacitación, coaching, retroalimentación para oportunidades de mejoras. Evidencia: Acuerdos de desempeño, descripciones de puesto.	

5) Motivan, fomentan y potencian a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	5- Se han definido procedimientos de delegación de autoridad, y una matriz de delegación de autoridad y firma, donde se establece quien sustituye a los líderes de forma tal que las operaciones no se detengan. Adicional a esto los directivos delegan actividades por medio de correos, reuniones, entre otros. Para la rendición de cuentas está definido que semestralmente se elaboran las memorias institucionales, con todo lo realizado a este ese momento, se realiza la declaración jurada de bienes del personal establecido, publicación de resultados de la gestión. Evidencia: PR-DEJ-DEJ-01 Procedimiento de Delegación de Autoridad, Matriz de Delegación y autoridad de la Supervisión, Memorias institucionales, declaración jurada de bienes.	
6) Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se adapten y cumplan con nueva demandas y requisitos (anticipándose y adaptándose a los cambios).	6- La institución cuenta con un procedimiento donde se establece la detección anual de necesidades de capacitación del personal, planes de desarrollo identificados tanto en la contratación como en la evaluación de desempeño, y requisitos normativos, con estos insumos se realiza un Plan anual de capacitaciones, el cual se ejecuta su cumplimiento durante todo el año. Se realiza la transferencia de conocimiento de los programas identificados y se gestiona el conocimiento institucional. Evidencia: PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de Capacitación de Personal, PO-DRH-EDC-01 Política de Gestión del Conocimiento, Detección de Necesidades de Capacitación del Personal, Plan anual de capacitación, Formulario de Lecciones Aprendidas, Resultados de evaluación del desempeño.	

7) Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	7- Se ha realizado un programa de reconocimiento del personal y de las áreas. Se realizan premiaciones anuales en base al desempeño de las áreas en el marco de la celebración del mes de la calidad. En esta premiación se reconocen los operadores de recepción de llamadas, monitores, despachadores, médicos reguladores y video operadores, con mejores resultados anuales. Adicional se premian las direcciones que han tenido mejor desempeño, y los colaboradores administrativos. Evidencias Metodología de Reconocimiento por Cumplimiento del Sistema De Gestión De Calidad (SGC), publicación de ganadores del mes de calidad.	
--	--	--

Subcriterio 1.4 Gestionar relaciones efectivas con las autoridades políticas y otros grupos de interés.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
Los líderes (máxima autoridad ejecutiva, directores, supervisores):		
1) Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	1-Se realiza un levantamiento de necesidades y expectativas por medio de estudios previos tales como, Focus Group, encuestas de satisfacción interna, reuniones, entre otros. Con esta información el comité de calidad realiza un análisis donde se clasifican de acuerdo con su importancia y	

	participación e impacto en los cambios institucionales Evidencia: PR-DPD-DPD-03 Procedimiento de gestión de partes interesadas, Minutas de las reuniones con los grupos de interés, matriz de levantamiento de necesidades y expectativas de los grupos de interés.	
2) Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas.	2- La institución mantiene una relación estrecha con todas las organizaciones que forman parte del Sistema de Emergencias y Seguridad, adicional participa en diferentes actividades o planes de otras instituciones, ocupando diversos roles, por ejemplo, como conferencias, elaborando documentos como experto técnico, en mesas especializadas. Reuniones realizadas de Seguridad Ciudadana con la Policía Nacional. Evidencia: Minutas de reuniones con las instituciones de respuesta, evidencias de conferencia tales como OEA, MAP, INAIPI, Congreso de Drones, entre otros.	
3) Identifican las políticas públicas relevantes para la organización y las incorporan a la gestión.	3- Se cuenta con un procedimiento de gestión de cambios operacionales, donde las áreas analizan, de manera previa el cambio y el impacto que este tiene en la institución, esto luego es pasado al Depto. de Desarrollo Institucional para su implementación en conjunto con las áreas afectadas y al Depto. de Calidad para su registro y control. Esta revisión en los entes reguladores se realiza semanalmente para poder implementar de manera oportuna. En todos los procedimientos y políticas creadas por la institución se colocan las leyes, reglamentos y normativas que inciden en ese proceso y cómo el mismo es implementado.	

	Evidencia: PR-DPD-DPD-06 Procedimiento de gestión de cambios Operacionales, ejemplos de cambios implementados, Matriz de gestión de cambios Operaciones.	
4) Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	4-De acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Planificación Estratégica, se incluye el Plan estratégico Institucional objetivos y estrategias alineados a las políticas públicas y decisiones políticas. Si existen nuevos lineamientos luego que esto fue implementado se establece en la revisión anual del Plan Estratégico y en el Marco del Procedimiento de Gestión de Cambios Operacionales. Evidencia: PR-DPD-DPD-01 Procedimiento de gestión estratégica, Plan Estratégico institucional y el seguimiento del POA, PR-DPD-DPD-06 Procedimiento de gestión de cambios Operacionales, ejemplos de cambios implementados, Matriz de gestión de cambios Operaciones.	
5) Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos, organizaciones no gubernamentales, grupos de presión y asociaciones profesionales, industria, otras autoridades públicas, etc.).	5-La institución ha desarrollado relaciones con diferentes instituciones como universidades, escuelas, embajadas de países, entidades gubernamentales, líderes de comunidades, en los cuales se presentan las operaciones del Sistema, se realizan benchlearning y se presentan los valores de prevención civismo y responsabilidad Ciudadana. Evidencia: PR-DCO-DCO-01 Procedimiento de Gestión de Visitas Guiadas y Charlas Educativas, Evidencias de las reuniones y visitas.	
6) Participan en actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	6-La institución ha participado en actividades de realizadas por diferentes entidades tales como Empresarios de la Seguridad Privada, Alarma 24,	

	CONANI, OEA, INAPI, MAP, MITUR, MIP, Contraloría entre otras. Evidencia: Invitaciones y documentos.	
7) Promueven la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización y desarrollan un concepto de marketing/publicidad centrado en las necesidades de los grupos de interés.	7- La institución ha desarrollado en su PEI un enfoque de socialización y concientización a la ciudadanía, mediante el fortalecimiento de la comunicación externa a través de los medios de comunicación y redes sociales. Se realizó una matriz de comunicación interna y externa La institución ha desarrollado una política de comunicación centrada en los grupos de interés además de tener un instructivo donde se identifica en cuales medios se va a publicar los casos o informaciones relevantes a la ciudadanía. Política de comunicaciones e instructivos de publicación de eventos relevantes Evidencia: PEI del Sistema 9-I-I, PR-DCO-DCD-02 PR-DCO-DCD-02 Procedimiento de Comunicación de Casos de Relevancia Pública, PO-DCO-DCO-01 Política de Comunicación Institucional y planes de comunicación, Plan de fortalecimiento del uso correcto del Sistema, PR-DCO-DCO-01 Procedimiento de Gestión de Visitas Guiadas y Charlas Educativas	

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

Considerar lo que la organización está haciendo para lograr lo siguiente.

Subcriterio 2.1. Identificar las necesidades y expectativas de los grupos de interés, el entorno, así como la Información relevante para la gestión.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
----------	---	-----------------

Documento Externo
SGC-MAP

La Organización:		
1) Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas, demográficas y la digitalización, factores globales como el cambio climático y otros, como insumos para estrategias y planes.	I-La institución realiza análisis de entorno interno y externo en el marco de la revisión y elaboración del Plan Estratégico Institucional de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos, en este se analizan las diferentes variables que pueden impactar en la consecución de los planes y estrategias. En este ejercicio se realizó un análisis del entorno interno y externo con una matriz de riesgo asociada, además de un FODA. En este se toman en cuenta el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas, demográficas y la digitalización, factores globales como el cambio climático y otros Evidencia: PR-DPD-DPD-01 Plan Estratégico Institucional, análisis del entorno interno y externo (FODA).	
2) Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y se realizan levantamientos periódicos de sus necesidades y expectativas.	2- Se recopila periódicamente las necesidades y expectativas de los grupos de interés más preponderantes, con las instituciones de respuesta se hace por medio de las reuniones de seguimiento y solicitudes formales, colaboradores a través de encuestas y buzones, los usuarios a través de encuestas de satisfacción y quejas reclamos y sugerencias. Se realiza una matriz donde se tienen a los grupos de interés y las necesidades y expectativas. Evidencia: PR-DPD-DPD-03 Procedimiento de gestión de partes interesadas, matriz de expectativas de grupos de interés, Reporte de QRS, Encuestas de satisfacción, minutas reuniones de instituciones de respuesta, encuesta de clima laboral y reporte de sugerencias	

3) Analiza las reformas del sector público que les conciernen, para redefinir/revisar estrategias a considerar en la planificación.	3- Uno de los factores que es tomado en cuenta al momento de la elaboración del Plan Estratégico Institucional son los factores externos a la institución, en este se abordan leyes, reglamentos y políticas públicas que pueden impactar a la institución. Esto está contenido en el análisis FODA del Plan Estratégico. Adicional a esto de manera continua la Dirección Jurídica monitorea las reformas públicas para en conjunto con el Departamento de Desarrollo Institucional implementar dichos lineamientos en la institución. Evidencias: Plan Estratégico, PR-DPD-DPD-01 Procedimiento de Plan Estratégico PR-DPD-DPD-06 Procedimiento de Gestión de Cambios Operacionales.	
4) Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (riesgos internos y externos). Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.	4- En el marco de la elaboración del PEI se realiza un análisis FODA con la participación de todos los grupos de interés donde se evalúan las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del entorno interno y externo. Anualmente la institución realiza la autoevaluación CAF, además gestiona los riesgos tanto organizacionales como operativos. Adicionalmente se da seguimiento a la gestión de riesgos de la institución mensualmente, para verificar el cumplimiento de las actividades de tratamiento de riesgos y comprobar si las implementaciones de las mismas fueron efectivas. Evidencia: Autoevaluación CAF, matrices de riesgo y PEI, PR-DPD-DRG-01 Procedimiento de Gestión de Riesgos, Correos de seguimiento mensual a las áreas de cumplimiento de la matriz de riesgos.	

Subcriterio 2.2. Elaborar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información recopilada.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
La Organización:		
1) Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades y a las estrategias nacionales.	1-De acuerdo al procedimiento establecido, se realiza el diagnóstico estratégico, y con base a este se elabora el Plan Estratégico donde se plasma la Misión, Visión y objetivos a corto, mediano y largo plazo. En este se realiza un balance scorecard donde se establecen metas y objetivos por año de duración del Plan. Evidencia: Plan Estratégico 2025-2028 Evidencia: PR-DPD-DPD-01 Planificación Estratégica, Plan Estratégico Institucional	
2) Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.	2- Para la elaboración del Plan Estratégico fueron realizados estudios previos con la participación de los grupos de interés correspondientes. Se realizaron encuestas, y reuniones las cuales fueron consolidadas y analizadas para la definición de las estrategias. Evidencia: PEI, Minutas, listado de asistencias, fotos, encuestas sondeos a los diferentes grupos de interés	
3) Integra aspectos de sostenibilidad, (gestión ambiental), responsabilidad social, diversidad y de género en las estrategias y planes de la organización.	3- En el análisis del contexto interno y externo de la organización se contemplan los aspectos de sostenibilidad, responsabilidad social, entre otros. Evidencia: FODA Plan Estratégico Institucional	

4) Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan. Por ejemplo: presupuesto anual, plan anual de compras para las licitaciones correspondientes, previsión de fondos, gestión de donaciones, etc.	4- La disponibilidad de los recursos es asegurada a través de la elaboración anual en POA que se traduce en el presupuesto institucional y en la elaboración del Plan de Compras y Contrataciones Públicas. Este último es actualizado trimestralmente y se ajustan de acuerdo a la prioridad dada por los directivos, con la aprobación de la máxima autoridad. Evidencia: PR-DPD-DPD-01 Procedimiento de Gestión de Planificación Operativa, PACC anual, Seguimientos trimestral de los POA's, Presupuesto Institucional	
--	--	--

Subcriterio 2.3. Comunicar, implementar y revisar estrategias y planes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
1) Implanta la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	1-Fueron elaboradas matrices de seguimiento del POA y PEI con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las actividades identificadas. Se realizan proyectos y planes con el fin de cumplir la estrategia. El PEI 2025-2028 se ha contemplado la alineación del POA con lo que se ha establecido para el año en curso. Evidencia: Procedimiento de planificación estratégica, procedimiento de planificación operativa, procedimiento de gestión de proyector, Matriz de Seguimiento del POA y Matriz de seguimiento del PEI, proyectos institucionales.	
2) Elabora planes y tareas con sus respectivos indicadores para las diferentes áreas de la organización, partiendo de los objetivos estratégicos y operativos.	2- Fue elaborada la matriz de seguimiento del POA y PEI con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las actividades identificadas, con el desglose de las actividades a realizar y los	

	indicadores asociados. Además, se ha desarrollado un tablero de indicadores visual de forma tal que el seguimiento al cumplimiento de dichos planes es más efectivo. Evidencia: Matriz de Seguimiento del POA, informe trimestral de seguimiento del POA y Matriz de seguimiento del PEI, informe de gestión de indicadores, Dashboard del PEI.	
3) Comunica eficazmente los objetivos las estrategias, planes/ tareas y los resultados previstos/logrados a los grupos de interés y al personal en los diferentes niveles organizacionales para garantizar una implementación efectiva y uniforme.	3- En el marco de la divulgación del plan estratégico se elaboró un plan de divulgación y comunicación a todos los niveles de los grupos de interés donde se tendrán diferentes medios de comunicación y actividades a realizar. Adicional a esto en los acuerdos de desempeño del personal se colocan las metas de los objetivos y planes que deben ser alcanzadas por los colaboradores. De esto se realiza un seguimiento trimestral. Evidencia: PEI, registro de asistencia de socialización el PEI, publicación del PEI en el portal institucional, Plan de divulgación del PEI, misión, visión, valores y política de calidad, acuerdos de desempeño de colaboradores.	Concluir las actividades del Plan Divulgación del PEI 2025-2028
4) Realiza un monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles, con los responsables de los mismos (direcciones, departamentos, personal) para conocer el nivel de avance alcanzado y realizar los ajustes o cambios necesarios.	4- De manera mensual, trimestral y semestral se monitorea el resultado del cumplimiento de los objetivos y metas, se realizan informes, planes de acción de mejora para corregir las desviaciones. Esto está en los procedimientos de gestión de planificación operativa, gestión de indicadores y de planificación estratégica. Evidencia: PR-DPD-DPD-02 Procedimiento de gestión de planificación operativa, PR-DPD-DPD-01 Planificación Estratégica, PR-DPD-DCG-02	

	Procedimiento de Gestión y Medición de indicadores, Informe trimestral de seguimiento del POA e informe de gestión de indicadores, fichas de procesos, fichas de indicadores.	
--	---	--

Subcriterio 2.4. Gestionar el cambio y la innovación para garantizar la agilidad y la resiliencia de la organización.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
1) Identifica las necesidades de cambio y posibles impulsores de innovaciones considerando la oportunidad de aplicación de las tecnologías.	1- la cultura de innovación en la institución se ha sustentado en la tecnología, como parte del ciclo de mejora continua, al utilizar herramientas que automatizan y hacen eficientes los procesos internos. Para esto se desarrollan aplicaciones de manera interna y se utilizan diferentes aplicativos (gestión de indicadores, encuesta, Recursos Humanos, Office 365, Ms Teams, Intranet, etc.) y para el core de la institución también se sustenta en tecnología que se adquiere como son Intrado, Inet, ArcGis, WTracking, entre otros y que se desarrollan internamente como son Selector de Unidades, Geolocalizador, Ruta Rápida, Herramienta de Envío de ubicación vía mensajería y Herramienta de Solicitud de ubicación vía mensajería tanto para el usuario como las unidades. Evidencia: Listado de aplicaciones utilizadas, análisis de nuevas tecnologías	
2) Construye una cultura impulsada por la innovación y crea un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.	2- Como parte del fomento de la cultura de innovación, se ha realizado benchmarking y benchlearning de diferentes temas para impulsar la mejora y buscar soluciones innovadoras que permiten realizar las funciones de manera eficiente y con una buena optimización de recursos. Esto se ha realizado con instituciones privadas, gubernamentales y de otros países. Esto se sustenta	

	en el Instructivo de Gestión de Buenas Prácticas, en el cual se establecen los lineamientos de Benchmarking/Benchlearning, en el año 2025 la institución asumió la presidencia del Grupo Técnico Subsidiario. Evidencia: IN-DPD-DPD-02 Instructivo de Gestión de benchmarking y evidencia de benchmarking con ECU 9-I-I, Honduras, Koica, Poder Judicial, OGTIC, DGCP, entre otros.	
3) Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	3-La institución tiene un enfoque en la innovación, en este sentido la comunicación con los grupos de interés y la organización se hacen apoyados en el procedimiento de gestión de cambios al SGC, procedimiento de gestión de cambios tecnológicos y la matriz de comunicaciones, también por el procedimiento de gestión de sugerencias tanto internas como externas. Evidencia: PR-DPD-DPD-06 procedimiento de gestión de cambios operacionales, PR-DTI-AST-01 Procedimiento de gestión de cambios tecnológicos y FO-DCO-DCO-04 la matriz de comunicaciones. PR-DPD-DCG-12 Procedimiento de quejas y sugerencias internas, PR-DPD-DCG-07 Procedimiento de servicio no conforme, gestión de quejas, reclamos y sugerencias.	
4) Promueve los aportes de ideas innovadoras y creativas por parte del personal para la mejora de la gestión y para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes, reducir costos y proporcionarles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.	4- Se promueve el aporte de ideas y sugerencias de los grupos de interés a través de la creación de un buzón de sugerencias internas, donde los colaboradores presentan sus propuestas para la mejora institucional. También esto se hace en reuniones con el fin de la actualización y cambios de procesos. Para los grupos de interés externos	

	pueden expresar sus sugerencias a través del 311 y del correo creado para esos fines. Evidencia: PR-DPD-DGC-12 Procedimiento de gestión de quejas y sugerencias, Informes de sugerencias internas, PR-DPD-DCG-07 Procedimiento de servicio no conforme, gestión de quejas, reclamos y sugerencias. Minutas de participación, sugerencias implementadas	
5) Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	5- Las áreas incluyen las sugerencias que serán aceptadas y conllevan recursos económicos en el POA. Fueron elaboradas matrices de seguimiento del POA y PEI con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las actividades identificadas. En el POA operativo y en el POA de inversión están contenidas todas las necesidades de recursos necesarios para implantar los cambios necesarios, además si los cambios son gestionados a través de proyectos, en los mismos se contemplan las necesidades de recursos y sus fuentes de financiamiento. Evidencia: PR-DPD-DCG-12 Procedimiento de gestión de quejas y sugerencias internas, PR-DPD-DPD-06 procedimiento de cambios gestión operativa, PR-DPD-PPP-01 Procedimiento de Gestión de Planes, Programas y Proyectos, Informe trimestral de seguimiento del POA, POA, Proyectos	

CRITERIO 3: PERSONAS

Considerar qué está haciendo la organización para lograr lo siguiente.

Subcriterio 3.1. Gestionar y mejorar los recursos humanos de acuerdo con la estrategia de la organización.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		

1) Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	1-Cada año se realiza la planificación de los recursos humanos, atendiendo a las necesidades y estrategias de la institución con el fin de tener los colaboradores necesarios para el cumplimiento con la planificación, esto está contenido en el Procedimiento de reclutamiento y selección, esta programación es enviada al Ministerio de Administración Pública. Evidencia: PR-DRH-RYS-01 Procedimiento de reclutamiento y selección de Personal, planificación anual de recursos humanos. PR-DRH-RLB-02 Procedimiento de Encuesta de Clima Laboral, PR-DRH-RYS-02, Procedimiento de Organización en el Trabajo	
2) Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.	2- Se ha desarrollado una Política General de Recursos Humanos, la cual está basada en la Ley 41-08 y sus reglamentos de aplicación, además se ha creado un procedimiento de reclutamiento y selección orientado a un esquema de competencias. Este incluye entrevistas por competencias y pruebas psicométricas y de idoneidad. La institución tiene establecido sus procesos de Recursos Humanos basado en la Ley 41-08, su reglamento de aplicación y normativas aplicables, en la cual se toman en cuenta todos estos aspectos, además como parte del mismo, el área de Recursos Humanos realiza anualmente la planificación del personal que estará necesitando. Se realizó un diccionario de competencias por puesto y grupo ocupacional atendiendo a las necesidades presentes y futuras. Evidencia: PO-DRH-DRH-03 Política General de Recursos Humanos, PR-DRH-RYS-01 Procedimiento de reclutamiento y selección de personal, pruebas psicométricas, Perfiles de Puesto,	

	planificación anual, Diccionario de competencias, PR-DEJ-DEJ-01 Procedimiento de Delegación de Autoridad, entre otros	
3) Implementa en la política de recursos humanos considerando los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.	3-La Política General de Recursos Humanos y los procedimientos de esta dirección están basados en la ley 41-08 que contempla todos estos aspectos, garantizando la equidad, neutralidad, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y el equilibrio entre el trabajo y la vida laboral. Evidencia: Estadísticas de RRHH que muestren género, edad, etc., PO-DRH-RYS-01 Política de Compensación y Beneficios, PR-DRH-RLB-06 Procedimiento de Responsabilidad Social del Sistema 9-I-I.	
4) Gestiona el desarrollo de la carrera profesional basada en criterios de mérito, justicia, igualdad de oportunidades y sin discriminación o exclusiones.	4- Para asegurar la capacidad de los colaboradores se evalúa con base a los requerimientos, descripciones y perfiles de puestos de cada posición. En las cuales se detallan las capacidades de las personas a ocupar los puestos y las funciones que van a desempeñar. Sin tomar en cuenta ningún factor que pudiera ser discriminatorio o que esté en contra de la igualdad de oportunidades. Evidencia: PR-DRH-RYS-01 Procedimiento de reclutamiento y selección de Personal, Pruebas técnicas, pruebas psicométricas, MOF y las descripciones de puesto, evaluaciones de RRHH.	Concluir con la aprobación del Manual de Cargos y funciones del Sistema 9-I-I
5) Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y	5- La institución ha elaborado un proceso de evaluación y gestión del desempeño del personal en tres niveles, primero se realizan los acuerdos de desempeño en conjunto los supervisores y	

conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	supervisado, en segundo lugar se revisan de manera trimestral para ver si esto ha cambiado y por último se evalúa anualmente el desempeño a los colaboradores de acuerdo con los acuerdos establecidos, en base a esto se tiene establecido un bono de desempeño que depende de los resultados obtenidos en dicha evaluación. Además, este proceso ha sido documentado y está sustentando en una aplicación informática que ayuda a que el proceso sea más eficiente. Evidencia: PR-DRH-EDC-02 Procedimiento de Evaluación del Desempeño, Plataforma SED (https://sed.911.gob.do/sed)	
6) Aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo, mediante el establecimiento de una unidad de género, datos o estadísticas desagregados por sexo, en cuanto a: la composición de los empleados, identificación de las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres, niveles educativos, participación en programas de formación y/o actividades institucionales, rangos salariales, niveles de satisfacción, otros.	6- Los procedimientos de RRHH están basados en la Ley 41-08 que contempla todos estos aspectos de gestión de género e igualdad. La institución impulsa iniciativas vinculadas a la gestión eficaz de género. Se ofrecen capacitaciones sobre empoderamiento y conocimiento del rol de la mujer y la equidad de género. Se tienen estadísticas desagregadas por sexo, en cuanto a la composición de los empleados que serán presentados en los criterios de resultados. Todas las estadísticas de los colaboradores estas segmentadas por sexo y por edad. Evidencia: Estadísticas de RRHH que muestran género, edad, entre otros.	

Subcriterio 3.2. Desarrollar y gestionar las capacidades de las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		

1) Implementa una estrategia o plan de desarrollo de recursos humanos basado en las competencias actuales y futuras identificadas, las habilidades y los requisitos de desempeño de las personas.	I- El Plan Estratégico Institucional incluye un eje de excelencia institucional, donde se desarrollan estrategias de recursos humanos, basado en el desarrollo de competencias de los colaboradores que persigue garantizar el nivel de desarrollo óptimo para el cumplimiento de las metas. La institución ha elaborado un proceso de evaluación y gestión del desempeño del personal en el cual se evalúa anualmente el desempeño a los colaboradores en base a los acuerdos establecidos. La institución otorga un bono de desempeño que depende de los resultados obtenidos por los colaboradores en dicha evaluación. Además, este proceso ha sido documentado y está sustentando en una aplicación informática que ayuda a que el proceso sea más eficiente. Si los colaboradores obtienen resultados por debajo de lo esperado se realizan planes de acción y desarrollo y si tienen calificaciones sobresalientes se realizan reconocimientos. Evidencia: PR-DRH-EDC-02 Procedimiento de evaluación del desempeño, Evaluaciones de Desempeño, Plataforma SED, Documento técnico metodológico implementación del modelo de competencias; 3.2.2 Diccionario de competencias y comportamientos aprobado por el MAP. 2023-D01-0342, MA-DRH-RYS-02 Manual de Diccionario General de Competencias y Comportamientos, PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de Capacitación de Personal	
2) Atrae y desarrolla los talentos necesarios para lograr la misión, visión y objetivos.	2-La estrategia de captación de talentos inicia con la identificación y actualización de los perfiles profesionales de los colaboradores, que se utilizan	

	como fuente de reclutamiento interno. En cuanto a las fuentes externas, se coordina de manera recurrente con las instituciones de respuesta para la evaluación y el entrenamiento del personal que califique a los fines de captación y contratación de los ciudadanos interesados en aplicar a la institución. La institución ha establecido el perfil de los puestos acorde con las necesidades con el fin de poder cumplir los objetivos y las estrategias de las áreas funcionales. En este sentido la contratación o atracción del talento se realiza de acuerdo con el cumplimiento del perfil y las competencias del puesto. Si algún colaborador de nuevo ingreso tiene una desviación de dicho perfil se realizan planes de desarrollo para dotar al colaborador de la competencia necesaria para el cumplimiento de las funciones contratadas. Evidencia: PR-DRH-RYS-01 Procedimiento de Reclutamiento y Selección de personal, PR-DRH-EDC-02 Procedimiento de evaluación del desempeño, PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de Capacitación de Personal, Descripciones y perfiles de puesto.	
3) Permite nuevas e innovadoras formas de aprendizaje para desarrollar competencias (pensamiento de diseño, trabajo en equipo, laboratorios, experimentos, aprendizaje electrónico, aprendizaje en el trabajo).	3 - La institución establece diferentes métodos de capacitación de manera moderna, como capacitaciones online, semi-presenciales, con actividades lúdicas, utilizando multimedia, capacitaciones y seminarios, entre otros, permitiendo que el proceso de enseñanza y de aprendizaje sea más efectivo. Evidencias: PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de capacitación de personal, Listado de capacitaciones por tipo.	
4) Establece planes de desarrollo de competencias individuales del personal, que incluyan	4- Está establecido en el procedimiento de inducción que si el personal contratado tiene alguna	

habilidades personales y gerenciales, desarrollo de liderazgo, incluidos los instrumentos de gestión pública.	brecha de competencia se debe elaborar un plan de desarrollo de competencias, así como se estableció para el personal que ha sido evaluado su desempeño y presenta oportunidades. Este plan de desarrollo se realiza en base a las necesidades del personal que pueden incluir habilidades personales, gerenciales, de liderazgo entre otros. Adicional a esto se realiza una detección de necesidades de capacitaciones del personal bi-anual y con esto se realiza un plan de capacitaciones en el cual se toma en cuenta los diferentes apoyos para el desarrollo de las competencias de los colaboradores. Evidencia: PR-DRH-EDC-02 Procedimiento de evaluación del desempeño, PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de capacitación de personal, PR-DRH-EDC-05 Procedimiento de Inducción de Personal, Plan de Capacitación Anual, PEI.	
5) Guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento individual.	5- El nuevo colaborador pasa por un proceso de inducción desde el primer día de trabajo. Este tiene una duración de 3 días, tiempo que el empleado debe destinar a recibir, por parte de titulares de las áreas, liderado por Capacitación y Entrenamiento, las informaciones de la cultura y dinámica institucional, modalidad de trabajo, aspectos legales de la Ley de Función Pública 41-08, políticas de recursos humanos y conocimiento de los servicios y las infraestructuras, servicios de las áreas, sistema de calidad, seguridad TIC y planta física. Para liderar y apoyar los nuevos empleados de la Operación y de Calidad, la institución entrena al personal, luego hace un acompañamiento por un período de tiempo establecido llamado “sombra”, donde son acompañados por un oficial de entrenamiento, luego pasa a un monitoreo ajustado por parte de	

	Calidad y luego de la aprobación del proceso, el personal se evalúa en el acuerdo de desempeño del periodo probatorio. Para las áreas no operativas, los encargados del área en conjunto con el supervisor inmediato establecen un plan de inducción al puesto y dan soporte al nuevo empleado, que luego es evaluado en el acuerdo de desempeño del periodo probatorio. Evidencia: PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de capacitación de personal, PR-DRH-EDC-05 Procedimiento de Inducción de Personal, PR-DRH-EDC-04 Procedimiento de Entrenamiento al personal operativo, PR-DRH-EDC-02 Procedimiento de evaluación del desempeño, Registro de capacitación de acompañamiento, formulario de inducción al puesto, formulario de evaluación de adaptación al puesto de los colaboradores, resultados de coaching.	
6) Promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	6- La institución promueve la movilidad interna mediante el proceso de ascenso por desempeño, concursos internos, y la rotación de los horarios. Todo esto está acorde con lo establecido en el proceso de reclutamiento y selección del personal. Evidencia: PR-DRH-RYS-01 Procedimiento de Reclutamiento y Selección de personal, Registro de novedades del personal, resultados de concursos internos.	
7) Desarrolla y promueve métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación	7- La institución tiene establecido diferentes métodos de capacitación de manera moderna, como son capacitaciones online, semi-presenciales, utilizando multimedia, con enfoque lúdico,	

por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	participativo, entre otros. Que permite que el proceso de enseñanza aprendizaje sea más efectivo. Evidencias: PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de capacitación de personal, Plan de Capacitaciones, Listado de capacitaciones por tipo.	
8) Planifica las actividades formativas y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	8- La institución planifica las actividades formativas y de comunicación mediante, las participaciones en charlas enfocadas al público en general expo, socialización con los colaboradores, entrevistas en programas, gestión de los riesgos. Fue conformada la comisión de integridad gubernamental la cual establece un programa anual de capacitación a los colaboradores en temas referentes a la ética y moral. Evidencia: PR-DEJ-OAI-01 Procedimiento de gestión de ética institucional, PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de capacitación de personal, FO-DRH-EDC-02 Listado de Asistencia a Capacitación, Plan anual de trabajo de la comisión de ética.	
9) Evalúa 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 actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.	9- En el procedimiento de capacitaciones se ha establecido que se debe realizar la evaluación del impacto de las formaciones, los colaboradores deben realizar transferencia del conocimiento de las capacitaciones que cumplan el criterio, además se creó un formulario de lecciones aprendidas donde se plasma el conocimiento de diversas índoles que deben ser guardadas como base de conocimiento institucional. Evidencia: PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de capacitación de personal, PO-DRH-EDC-01 Política de Gestión del conocimiento, FO-DRH-EDC-09 Formulario de Evaluación de Capacitación,	

	FO-DRH-EDC-10 Formulario de Evaluación de la Eficacia de la Capacitación – Colaborador, FO-DRH-EDC-14 Formulario de transferencia del conocimiento, FO-DRH-EDC-07 Formulario de documentación de lecciones aprendidas.	
--	--	--

Subcriterio 3.3. Involucrar y empoderar a las personas y apoyar su bienestar.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
1) Promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	1-La institución ha desarrollado una política integral de comunicaciones que promueve la cultura de comunicación interna, estableciendo diversos canales para la comunicación efectiva, como son reuniones, socialización charlas, publicaciones en los murales, grupos de WhatsApp, grupos de Telegram, correos electrónicos, boletines, entre otros. Fue creada una matriz de comunicación donde se indica qué se va a comunicar, a quién va dirigido, cómo y quién va a comunicar. Evidencia: PO-DCO-DCO-01 Política de Comunicación Institucional, PR-DCO-DRP-02 Procedimiento de Comunicación Interna, FO-DCO-DCO-04 Matriz de Comunicaciones, Minutas, constancia de reuniones, entrevista al personal según aplique, publicaciones en los murales, Boletín digital “911 en Acción” correos masivos remitidos por la dirección de RRHH	
2) Crea de forma proactiva, un entorno que propicie el aporte de ideas y sugerencias de los empleados y desarrolla mecanismos diálogo adecuados (por ejemplo, hojas de sugerencias, grupos de trabajo, lluvia de ideas (brainstorming)).	2-La institución tiene establecido el procedimiento de gestión de sugerencias, el cual describe los lineamientos a seguir para que los colaboradores pueden expresar sus recomendaciones de mejoras a los procesos. El cual se realiza a través de buzones de sugerencias físicos y virtuales. Además, se	

	recogen en las encuestas de clima y en las encuestas de satisfacción de los diferentes servicios internos de las áreas. Evidencia: PR-DPD-DCG-12 Procedimiento Gestión de quejas y sugerencias internas, buzones de sugerencias, publicaciones de informes mensuales de las sugerencias remitidas, planilla de sugerencias, PR-DPD-DCG-16 Procedimiento de Gestión de Encuestas de Satisfacción de Servicios y Sistemas de Información, Informes de encuestas de satisfacción de servicios internos, Matriz de Encuestas de Servicios Internos.	
3) Involucra a los empleados y sus representantes (por ejemplo, asociaciones de servidores públicos) en el desarrollo de planes, estrategias, objetivos, el diseño de procesos y en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación.	3-Fueron llevadas a cabo reuniones donde participaron los colaboradores según aplicaba en las cuales fueron definidas las metas y estrategias. Los levantamientos de los procedimientos de cada área son levantados con el personal responsable, y el que realiza la tarea. Los Planes Operativos Anuales. POAs, de cada área son levantados tomando en consideración a cada departamento. Evidencia: PR-DPD-DPD-02 Procedimiento de Gestión de Planificación Operativa, PR-DPD-DDI-01 Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), Registros de asistencia a reuniones, minutas de reuniones, Procedimientos de las áreas y los POA's departamentales.	
4) Procura el consenso/acuerdo entre directivos y empleados sobre los objetivos y la manera de medir su consecución.	4- Se llevan a cabo reuniones donde participan los colaboradores aplicables, en las que se definen las metas y estrategias. Se involucra al personal en su dinámica laboral, en función del rol que le corresponde dentro de la institución, en el proceso de confección y definición de los objetivos, metas y	

	estrategias de la organización, realizando reuniones entre directivos y el personal aplicable para definir el Plan Estratégico Institucional (PEI). De igual manera, Los Planes Operativos Anuales (POA), los levantamientos de creación y/o actualización de políticas, de procedimientos e implementación de mejoras. Además, se realizan acuerdos de desempeño donde se indica las responsabilidades y los objetivos que tendrán que cumplir los colaboradores, todo esto alineado al Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan Operativo Anual (POA), esto último es revisado trimestralmente con los colaboradores para lograr el consenso de la permanencia o cambio de las metas. Evidencia: PR-DRH-EDC-02 Procedimiento de evaluación del desempeño, PR-DPD-DPD-06 Procedimiento de gestión de cambios operacionales, PR-DPD-DPD-01 Procedimiento de Planificación Estratégica, PR-DPD-DPD-02 Procedimiento de Planificación operativa, fotografías de talleres, Registros de asistencia, minutas, PEI, Acuerdos de Desempeño.	
5) Realiza periódicamente encuestas a los empleados sobre el guía laboral y publica sus resultados, resúmenes de comentarios, interpretaciones y acciones de mejora derivadas.	5-Cada dos años la institución realiza una encuesta de clima laboral, con el acompañamiento del Ministerio de Administración Pública, para medir la percepción de los empleados en diferentes aspectos determinados, esto es publicado y se realizan los planes de acción de mejora correspondientes. Esto se ha establecido en el procedimiento. Evidencia: PR-DRH-RLB-02 Procedimiento de encuesta de clima laboral, Resultados de Encuesta de Clima Laboral.	
6) Asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el	6- La institución cumple con la obligación de asegurar condiciones de trabajo adecuadas, así	

cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral.	como un ambiente que facilite el desarrollo de las funciones de cada colaborador. Por esto, cuenta con una estructura física cómoda y en buen estado y provee el mobiliario y las herramientas necesarias para llevar a cabo el trabajo de manera segura. También se procura mediante una estructura adecuada el desarrollo de los empleados: campañas de prevención en temas de salud, seguro médico cubierto 100% por la institución. Se ha creado el procedimiento de seguridad y salud del trabajo, se ha creado el Comité Mixto de Salud y Seguridad en el Trabajo, y se ha creado un matriz de riesgos por puestos para prevenir los riesgos laborales. Además, la institución cuenta con políticas de gestión medio ambiental. Evidencia: PR-RDH-RLB-04 Procedimiento de Seguridad y Salud en el Trabajo, PO-DRH-RLB-02 Política de Seguridad para trabajos en altura, Acta de Conformación del Comité del SISTAP, PR-DRH-RLB-06 Procedimiento de Responsabilidad Social, Registros de las campañas vacunación, área de enfermería (dispensario médico), Sala de lactancia, condiciones físicas de la institución,	
7) Asegura que las condiciones sean propicias para lograr un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida de los empleados (por ejemplo, la posibilidad de adaptar las horas de trabajo, el teletrabajo, trabajo a tiempo parcial, las personas en licencia por maternidad o paternidad).	7- En la composición de su dinámica laboral ha implementado 5 turnos de trabajo, considerando las 30 horas mínimas semanales que indica la Ley de Función Pública 41-08 en el caso de los empleados civiles y en los militares conforme a sus asignaciones y protocolo. La institución garantiza la conciliación de la vida laboral, mediante la ejecución del procedimiento, licencias, vacaciones y permisos, cuenta con un sistema de programación de días laborales de la rotación del personal operativo. Existen beneficios de días de trabajo libres por concepto de trabajo extraordinario, día de las	

	madres, día de los padres, día de cumpleaños, trabajo en festividades navideñas. Evidencia: PO-DRH-RYS-01 Política de Compensación y Beneficios, Listado de horarios por grupo ocupacional, publicaciones, PO-DRH-RCN-01 Política de Asistencia y Puntualidad, PR-DRH-RLB Procedimiento de Gestión de Licencias, PR-DRH-RCN-01 Procedimiento de gestión de vacaciones. Planificación de horario del personal de soporte y operativo, publicaciones y aplicaciones de vacantes. Permisos temporales por razones de estudios, transporte colectivo.	
8) Presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	8-La institución presta atención especial a los colaboradores con discapacidad, la institución cuenta con las facilidades de infraestructura para los empleados más desfavorecidos o con algún tipo de discapacidad. También en su plantilla cuenta con empleados que presentan condiciones de discapacidad por dificultades motoras y con hijos especiales, a quienes se les otorgan permisos especiales para terapia y modalidad de teletrabajo. Además, se ha hecho un esfuerzo de capacitación de todo el personal en términos de discapacidad para garantizar la inclusión. Evidencia: Instalaciones seguras para discapacitados, permisos para terapia.	
9) Proporciona planes y métodos adaptados para recompensar a las personas de una forma monetaria o no (por ejemplo, mediante la planificación y revisión de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas, centradas en la salud y bienestar de las personas).	9- La institución realiza anualmente un programa de actividades dirigido a reconocer y recompensar el trabajo que con tanto compromiso realizan los colaboradores, realiza reconocimientos no monetarios al personal, se realizan reconocimientos por el desempeño, por los resultados de sus objetivos, además se realizan actividades de integración del personal. Se ha establecido una	

	política de compensación y beneficios donde se detallan los beneficios económicos y no monetarios y la forma de acceder a estos por parte de los colaboradores. Evidencia: PO-DRH-RYS-01 Política de compensación y beneficios, transporte, días libres por cumpleaños, días libres por mérito, Imágenes, invitaciones, correos, premios, otros	
--	---	--

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

Considerar lo que está haciendo la organización para lograr lo siguiente:

Subcriterio 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
I- Identifica a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones, (por ejemplo: compradores, proveedores, suministradores, co-productores, fundadores, universidades, organizaciones comunitarias, sociedad civil y organismos internacionales, etc.).	I-La institución ha identificado sus socios claves del sector para establecer acuerdos y relaciones de mutuo beneficio. Se han establecido acuerdos interinstitucionales con las más importantes. Al igual que con los proveedores de bienes y servicios de la institución. El proceder se ha documentado en el Procedimiento de Gestión de Acuerdos Interinstitucionales. Evidencia: PR-DJU-EDL-01 Procedimiento de Elaboración de Documentos Legales, Acuerdos interinstitucionales, Acuerdo con las instituciones de respuestas, Contratos, Licitaciones públicas, Informe Ejecución y Eficacia de Acuerdos Interinstitucionales.	No se evidencia la existencia de una matriz de identificación de socios claves para alianzas estratégicas, ni una matriz de control de acuerdos interinstitucionales que defina el rol y las responsabilidades de cada socio, incluyendo los controles y métodos de evaluación.

2- Desarrolla y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio y apoyo mutuo, con experiencia, recursos y conocimiento, incluyendo intercambiar buenas prácticas y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, tales como el impacto socio-económico y medioambiental de los productos y servicios contratados.	2- La organización ha realizado acuerdos de colaboración de mutuos beneficios con diferentes entidades, luego de tomar en cuenta el potencial que tiene la entidad. En este sentido se han realizado apadrinamientos con Sector Privado, acuerdos de cooperación con las instituciones de respuesta, EGEHID, Jornadas de vacunación, Jornadas de salud visual, Jornada cardiovascular, Jornada psicoeducativa de promoción y prevención de la salud mental, participación en campaña ambiental y solidaria tapitas x quimio, entre otros Evidencia: PR-DJU-EDL-01 Procedimiento de Gestión de Acuerdos Institucionales, Acuerdos interinstitucionales, Imágenes	
3- Define el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.	3- En el marco de los acuerdos interinstitucionales se han establecido los roles y responsabilidades de cada actor. Se ha determinado la verificación y seguimiento anual de las alianzas y colaboraciones que la institución ha establecido para poder verificar el grado de consecución. Evidencias: PR-DJU-EDL-01 Procedimiento de Elaboración de Documentos Legales, Minutas de las reuniones de seguimiento y control de las agencias de respuesta, informes de rendimiento de las instituciones de respuesta, planes de acción elaborados a partir de las mejoras detectadas a partir de las reuniones de seguimiento con las agencias de respuesta.	
4- Identifica las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	4- La institución ha identificado sus socios claves del sector para establecer acuerdos y relaciones de mutuo beneficio. Se han establecido acuerdos interinstitucionales con las instituciones más	

	importantes. Al igual que con los proveedores de bienes y servicios de la institución. Evidencia: PR-DJU-EDL-01 Procedimiento de Elaboración de Documentos Legales, Acuerdos interinstitucionales, Acuerdo con las instituciones de respuestas, Contratos, Licitaciones públicas.	
5- Asegura los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública y las normativas vigentes.	5- La institución cuenta con el procedimiento de Compras y Contrataciones el cual estipula el proceso de compras atendiendo a las necesidades de la institución y tomando en cuenta que los proveedores cuenten con el perfil requerido de acuerdo con las leyes normativas. De igual modo se le entregan a los proveedores el código de integridad gubernamental. Evidencia: PR-DAF-ADM-05 Procedimiento de Gestión de Compras y Contrataciones	

Subcriterio 4.2. Colaborar con los ciudadanos y las organizaciones de la sociedad civil.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
1) Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización.	1- La organización ha documentado políticas de información de la institución, las cuales han sido creadas para asegurar y fomentar la transparencia en las informaciones documentadas. Se realiza la publicación de manera proactiva de informaciones en el portal web, de modo tal que las informaciones estén al alcance de la ciudadanía. Adicional la institución cumple está certificada en la NORTIC A3 Guía para publicación de datos abiertos. Evidencia: Portal de Transparencia, Intranet institucional, Políticas de comunicación e información. Organigrama institucional, perfiles de	

	puestos, PEI, Certificación NORTIC A3, PO-DCO-DCO-01 Políticas de Comunicación Institucional, PR-DCO-DRP-02 Procedimiento de Comunicación Interna	
2) Incentiva la participación y colaboración activa de los ciudadanos/clientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión, decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de queja, asumir funciones en la prestación de servicios, otros.	2- Se ha elaborado PR-DPD-DCG-07 Procedimiento de Servicio no Conforme donde se indica el accionar del ciudadano para reportar sus quejas, reclamos y sugerencias, también el Procedimiento de Encuesta a usuarios finales, donde además de recibir la retroalimentación sobre el servicio, son tomadas las inquietudes o quejas del usuario final. Se ha habilitado un correo electrónico calidad911@911.gob.do. Además, está a disponibilidad el 311, tanto la web como el call center donde cualquier persona puede expresar sus QRS y denuncias. Estas son investigadas y respondidas en un plazo de 15 días. Evidencia: PR-DPD-DCG-07 Procedimiento de Servicio No Conforme y de Gestión de Quejas, Reclamaciones y Sugerencias de los usuarios al Sistema 9-1-1, PR-DPD-DCG-03 Procedimiento de Medición de Satisfacción a usuarios finales, estadísticas mensuales de las quejas reclamos y sugerencias recibidas y gestionadas, informe estadísticos de las encuestas a los usuarios finales	
3) Define el marco de trabajo para recoger y procesar los datos obtenidos sobre la opinión de los ciudadanos/clientes a través de los distintos medios.	3 -Se ha elaborado el procedimiento PR-DPD-DCG-07 de Servicio no Conforme donde se desglosa la metodología de la recepción de las quejas, reclamos y sugerencias reportadas por los ciudadanos. Además del Procedimiento de Medición de satisfacción a usuarios finales, donde son tomadas las inquietudes del usuario final al	

	momento de la encuesta de satisfacción. Los datos son procesados y analizados para la mejora de la prestación del servicio. Evidencias: PR-DPD-DCG-07 Procedimiento de Servicio No conforme y de Gestión Quejas de los usuarios al Sistema 9-I-I, reclamos y Sugerencias, PR-DPD-DCG-03 Procedimiento de Medición de Satisfacción a usuarios finales, Reporte mensuales de las quejas reclamos y sugerencias recibidas y gestionadas, informe estadísticos de las encuestas a los usuarios finales	
4) Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, informando y explicando a los clientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad. Por ejemplo: el catálogo de servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.	4- La institución posee una Carta de Compromiso con el Ciudadano, donde se desglosan los servicios y la forma de adquirirlos Además se publican en el portal de Servicios Públicos, y el portal web institucional los servicios brindados por el 9-I-I. Esta carta Compromiso fue renovada por dos años hasta el año 2028. Evidencia: Carta de Compromiso con el Ciudadano, portal web, servicios brindados, evaluación de carta compromiso	

Subcriterio 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		

1) Alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente por medio de un presupuesto general y en cumplimiento de la legislación vigente.	1- Se definen y se alinean los objetivos estratégicos mediante la elaboración del Plan Operativo Anual (POA), esto se incluye en el presupuesto general de la institución. En el mismo existe una concatenación desde la planificación estratégica, plan operativo anual incluyendo el presupuesto anual. Para así realizar actividades que apunten a cumplir con los objetivos y estrategias definidas. Evidencia: PR-DAF-FIN-02 Procedimiento de formulación y elaboración presupuestaria, PR-DPD-DPD-02 Procedimiento de Planificación de Gestión Operativa, Plan Operativo Anual, seguimientos trimestrales del POA	
2) Evalúa los riesgos de las decisiones financieras y elabora un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	2-El análisis de los riesgos y oportunidades son consideradas siguiendo los lineamientos estipulados en el Procedimiento de Gestión de Compras y Contrataciones y Procedimiento Gestión Financiera, Procedimiento de Gestión de Caja Chica, Matriz de gestión de los riesgos. Se elabora un presupuesto equilibrado, integrando en el Plan Operativo Anual actividades que tienen objetivos financieros y no financieros. Evidencia: PR-DAF-ADM-05 Procedimiento de Gestión de Compras y Contrataciones, PR-DAF-FIN-08 Procedimiento de Programación de Cuota Financiera, Informe de gestión de riesgos, conciliaciones bancarias, publicaciones de las compras, licitaciones publicas	

3) Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por medio de la publicación del presupuesto, la ejecución presupuestaria, calidad del gasto, publicidad de los actos, costos, etc., y se brinda acceso garantizado para la población y partes interesadas.	3- La institución asegura la transparencia con la ejecución del Procedimiento de Gestión de compras y contrataciones, el cual está basado en la Ley 340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones con modificaciones de la Ley 449-06, Decreto No. 543-12 Reglamento de la Ley sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones y los diferentes reglamentos de aplicación. Se publican en el portal de transparencia el presupuesto institucional, el Plan Operativo Anual, los proyectos, así como informes de ejecución de cada uno de estos. Evidencia: PR-DAF-ADM-05 Procedimiento de Gestión de Compras y Contrataciones, Publicaciones en el portal web, licitaciones, Sistema de Compras Dominicana, conciliaciones bancarias, matrices de implementación de NOBACI, Portal de transparencia.	
4) Asegura la gestión rentable, eficaz y eficiente de los recursos financieros usando la contabilidad de costos y sistemas de control y evaluación eficientes (por ejemplo, revisiones de gastos).	4- La institución asegura la transparencia con la ejecución Procedimiento de Gestión de compras y contracciones, el cual está basado en la Ley No. 47-25 y su Reglamento de aplicación sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones. Evidencia: Procedimiento de Gestión de compras y contracciones, Publicaciones en el portal del licitaciones, Sistema Electrónico de Contrataciones Públicas (SECP), conciliaciones bancarias	
5) Introduce sistemas de planificación, de control presupuestario y de costos (por ejemplo, presupuestos plurianuales, programas de	5- Anualmente es elaborado el Presupuesto Institucional basado en los insumos elaborados por cada área, y documentado en los POA's de cada dirección esto está alineado al Plan	

presupuesto por proyectos, presupuestos de género/diversidad, presupuestos energéticos.).	Estratégico que a su vez está alineado a los planes plurianuales, END, entre otros. Evidencia: PR-DAF-FIN-02 Procedimiento de formulación y elaboración presupuestaria, PR-DPD-DPD-02 Procedimiento de Planificación de Gestión Operativa Programación de Ejecución Trimestral del POA, Plan Operativo Anual	
6) Delega y/o descentraliza las responsabilidades financieras, pero, las equilibran con el control financiero centralizado.	6-. La institución cuenta en su estructura con el Depto. Financiero, creado para es centralizar las responsabilidades financieras, lo cuales establece en el procedimiento de Gestión financiera. Esto sin desmeritarlas aprobaciones directivas correspondientes. Evidencia: Procedimientos de Gestión financiera, conciliaciones bancarias y la Matriz de delegación de firma y autoridad de la supervisión	

Subcriterio 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
1) Crea una organización centrada en el aprendizaje, que proporcione sistemas y procesos para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	1- Se ha implementado una Política de Gestión del Conocimiento mediante la cual se establece el mecanismo de recopilación y resguardo de la información relevante para la institución con miras a mantener la continuidad de las operaciones ante la falta de un colaborador clave. Toda la información relevante del sistema está contenida en los medios	

	tecnológicos. Los procedimientos están en el intranet, toda la información financiera está en los sistemas relacionados, los de la operación están contenidos en las bases de datos de los softwares de la gestión de emergencias. Adicional a esto internamente la institución remite informe generados por el Depto. de Comunicaciones y se publica en la Portal de la institución todos los datos estadísticos. Evidencia: PO-DRH-DEC-01 Política de Gestión del Conocimiento, Portal de transparencias. Portal de intranet, bases de datos	
2) Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada, almacenada y usada eficazmente.	2-Toda la información está en repositorios electrónicos, la información digital es guardada y asegurada por el Depto. de Seguridad y Monitoreo TIC. Toda la información es recogida y procesada por la Dirección de Procesamiento y Análisis quien realiza análisis y genera informes. Toda esta información es respaldada de acuerdo a los procedimientos establecidos para respaldos. Evidencia: PR-DTI-OPT-07 Procedimiento de Respaldo de información de servidores, PR-DTI-SMT-01 PR-DTI-SMT-01 Procedimiento de Administración de Control de Acceso de Perfiles de Usuarios, backup que son realizados según la frecuencia correspondiente, Procedimientos Dirección de Procesamiento y Análisis.	
3) Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el	La institución tiene implementada tecnología de punta para así automatizar y eficientizar los procesos de la institución. Por ejemplo, en los	

conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	últimos años se han desarrollado mejoras tecnológicas en la geolocalización de los eventos, se ha integrado la plataforma de google maps a la gestión de las unidades para eficientizar y reducir los tiempos de llegadas a las emergencias de las unidades, se han creado herramientas de solicitar y enviar las direcciones vía mensajería, se ha implementado el Selector de unidades entre otros. Evidencia: listado de softwares implementados para la gestión de procesos internos, Geolocalizador, app ruta rápida, entre otros.	
4) Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	La institución forma parte de la red tecnológica creada por la OGTIC para el desarrollo y uso de los softwares desarrollados por las instituciones estatales, en este sentido el Sistema ha cargado algunas de las aplicaciones de uso interno en esta plataforma para uso de cualquier institución parte de la red. Así como se puede utilizar cualquier software cargado por otras instituciones. En este año iniciamos un proceso para creación de un medio de comunicación del desarrollo interno de la encuesta de satisfacción para compartir las informaciones en el portal de servicios públicos. Evidencia: Carga en la plataforma de Software abiertos, evidencia de reuniones	
5) Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	5- La institución controla la información y el conocimiento mediante la documentación de los procesos ejecutados en las diferentes áreas de manera continua o recurrente, según lo estipulado en el procedimiento PR-DPD-DDI-01 de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)), el cual indica el proceso a seguir para el levantamiento, actualización y obsolescencia de documentos y la parte de la información electrónica es controlada	

	mediante la política PO-DTI-SMT-01 de Seguridad TIC. Esto está acorde con la estrategia de la institución. Además, la institución ha desarrollado una política de gestión del conocimiento donde se garantiza que el conocimiento institucional de la organización permanezca. Evidencia: Matriz de los documentos implementados, PO-DIC-SMT-01 Políticas de Seguridad TIC, PR-PDP-DDI-01, PR-DPD-DDI-01 Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), PO-DRH-EDC-01 Política de Gestión del Conocimiento, Plan Estratégico	
6) Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes a la vez que promueve la transferencia de conocimiento.	6- La institución ha establecido diferentes canales de Comunicación Interna, como: Intranet, Portal web, reuniones, correo Institucional, publicación en los murales, socializaciones colectivas, pantallas en las operaciones, Grupos de WhatsApp, entre otros. Evidencia: Portal de transparencias, PO-DCO-DCO-01 Políticas de Comunicación Institucional, Registro de asistencia a socialización	
7) Asegura el acceso y el intercambio de información y datos abiertos relevantes con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	7- El acceso a la información es garantizado mediante el Portal de transparencia de la institución; a través del 3-1-1 el usuario puede solicitar información. Se ha habilitado también un correo info@911.gob.do y en las reuniones recurrentes con las instituciones de respuesta son presentadas las informaciones pertinentes a ser validadas para la toma de decisiones. Además, está disponible la Oficina de Acceso a la Información donde se puede solicitar información de carácter público.	

	Evidencias: Intranet, donde se publican los procedimientos con acceso al personal de la institución. 3-I-1, Portal de Transparencia, Solicitudes de la OAI, Portal de datos abiertos	
8) Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que dejan de laborar en la organización se retiene dentro de la misma.	8-Está establecido en la gestión del conocimiento la preservación del conocimiento explícito e implícito. Explícito en toda la documentación e implícito el conocimiento que viene de la experiencia, además en este se establece la gestión de actividades para transferir el conocimiento y las lecciones aprendidas. Evidencia: PO-DRH-EDC-01 Política de Gestión del Conocimiento, FO-DRH-EDC-I4 Formulario de Transferencia del Conocimiento	

Subcriterio 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
1) Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	1- La institución gestiona la tecnología en tres ámbitos principales, para las operaciones internas desarrollando e implementando soluciones para la gestión de los procesos de apoyo (aplicaciones para automatización de procesos); para la atención a las emergencias (tales como el CAD, la plataforma de grabación de audios, la gestión de video vigilancia, entre otros) y apoyando a las instituciones de respuesta proveyendo herramientas que le permitan brindar una atención a las emergencias (tales como red de radiocomunicaciones, ruta rápida, entre otras). Esto está alineado a la planificación estratégica	Concluir con las actividades contenidas en el plan de Divulgación del PEI 2025-2028

	en los ejes de fortalecimiento institucional para el desarrollo y para robustecer el uso de la tecnología interna y el eje fortalecimiento de la coordinación, donde se desarrolla la tecnología para el uso de las instituciones de respuesta y la mejora del servicio, esto se plantea en el Plan Operativo. Evidencia: Plan Estratégico, Plan Operativo	
2) Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	2- La institución tiene elaborada la efectividad en relación de costo-efectividad de las tecnologías utilizadas en la institución. Evidencia: Informe de costos beneficios de la tecnología utilizada.	
3) Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).	3- La institución utiliza las aplicaciones de la suite de Microsoft/Office 365 como la opción principal para colaboración, reuniones, gestión documental, sesiones remotas asistidas y compartir documentos de manera segura. Se han desarrollado diferentes aplicaciones para gestionar los procesos de soporte de la institución. Se han implementado herramientas de análisis de datos, presentación de data y automatización de procesos. Para la gestión de operaciones se tiene implementada tecnología de punta en la gestión de la atención y despacho de emergencias, gestión de videovigilancia, para la gestión de la respuesta al igual se tiene tecnología para reducir y eficientizar los tiempos de llegada. Para analizar todas estas informaciones los equipos de tecnología y procesamiento y análisis utilizan herramientas de análisis de datos. Evidencia: listado de softwares y tecnologías implementadas	

4) Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración y la participación (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación, digitalización de la información relevante para la organización.	4-La gestión documental del Sistema 9-I-I en su mayor parte está gestionada de manera tecnológica online, lo que permite el acceso a la información. Se ha integrado al uso de office 365 que tiene una gama de aplicaciones que permiten la colaboración y participación de las áreas. Además del Uso de la herramienta Teams que ha dinamizado la gestión institucional. Se ha implementado un software de gestión de calidad donde la gestión documental está disponible al alcance de todos. Se ha implementado la firma digital y la misma se está expandiendo a diferentes documentos. Adicional se ha implementado una nueva plataforma de Service Desk donde se van a incorporar todos los servicios internos de la institución. Evidencia: Intranet, Listado Aplicaciones implementadas	
5) Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente; mejora de los servicios, digitalización de formularios, documentos, solicitudes; aplicaciones en líneas, Apps para el acceso a los servicios, informaciones, espacio para quejas, en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.	5- La institución ha establecido las tecnologías necesarias para dar el servicio de manera remota con eficiencia y calidad. Proveyendo a las instituciones de respuesta de las herramientas necesarias para eficientizar sus operaciones. Toda la gestión de la emergencia está soportada en la tecnología, es automatizada y posee controles robustos de ciberseguridad. Evidencia: servicios establecidos	
6) Implementa normas o protocolos y otras medidas para la protección efectiva de la data y la seguridad cibernética, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.	6-Se ha creado una política de seguridad TIC, con el fin de presar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información. Adicional a esto el Sistema tiene implementado diversos protocolos y software para la protección de la seguridad cibernética de manera tal que se puedan bloquear los ataques malintencionados al Sistema. Para la creación de las medidas se	

	contrató un hacker ético quien identificó algunas vulnerabilidades que fueron corregidas para robustecer al Sistema. Adicional a esto el equipo de Seguridad se mantiene realizando campañas constantes de comunicación al personal para la prevención de los ataques y reducir vulnerabilidades asociadas a los colaboradores. Evidencia: Procedimientos de Seguridad, PO-DTI-SMT-01 Política de Seguridad TIC, Campañas de comunicación interna, entre otros.	
7) Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo, la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por parte de usuarios con discapacidades y usuarios en necesidad de elevar sus destrezas para trabajo en ambiente electrónico, etc.	7- Con el apoyo de la Comisión Nacional de Energía, fueron recibidos los servicios de una auditoría energética para identificar oportunidades de ahorro e impulso del uso eficiente de energía en el país. De este ejercicio se han implementado mejoras en la institución. Adicional a esto para el desecho de baterías se ha realizado un acuerdo con los proveedores con el fin de que al final de la vida útil, ellos reciclen la misma y se da un crédito a la institución por este reciclaje. La institución ha creado el procedimiento de responsabilidad social, en la cual se desarrollan políticas de gestión medio ambiental. Evidencia: PR-DRH-RLB-06 Procedimiento De Responsabilidad Social del Sistema 9-I-I	

Subcriterio 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		

1) Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte, mobiliario, equipos electrónicos y materiales).	1- La institución ha establecido dos centros de punto de acceso al servicio uno en Santiago y otro en Santo Domingo, los cuales son uno la réplica del otro para fines de contingencias. Teniendo de este modo el servicio centralizado, sin embargo, de cobertura casi nacional, y a menor costo que establecer un centro en cada provincia de cobertura. Además, posee un centro de operaciones tecnológicas en Puerto Plata y un centro de monitoreo en la Ciudad Juan Bosch. Para estos edificios se tienen planteado un mantenimiento preventivo, planes de limpieza que se da seguimiento de su cumplimiento durante el año. Evidencia: Edificio de operaciones de Santiago. Centro de Operaciones Tecnológicas de Puerto Plata y Centro de Monitoreo de video vigilancia en la Ciudad Juan Bosch	
2) Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	2- La institución ha provisto las condiciones adecuadas para la gestión en todos los lugares de trabajo mencionados anteriormente, para esto se realizan planes de mantenimientos anuales, tanto de la infraestructura interna como de la externa, estos se soportan de las áreas de servicios generales, tecnología, videovigilancia y radiocomunicación. Esto está estandarizado para cada una de las áreas, de manera tal que se garantice la estandarización. Evidencia: Planes de mantenimiento. Procedimientos de mantenimiento de las diferentes áreas	
3) Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificio	3-La institución posee políticas y procedimientos de la gestión de desechos del almacén, de servicios	

sede y dependencias, equipos técnicos, mobiliario, vehículos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.	generales de la institución, de la gestión del mantenimiento y de la gestión de los activos. Además, ha establecido las medidas de reciclaje en las baterías que utilizan las diferentes áreas de la institución. Evidencia: PR-DAF-ADM-07 Procedimiento de Gestión de Servicios Generales, gestión del mantenimiento activos, PR-DAF-ADM-I I Procedimiento de Despacho de Suministros y Manejo de Desechos en Almacén, entre otros.	
4) Asegura brindar un valor público agregado a través de la disposición de las instalaciones para actividades de la comunidad.	4. La institución labora 24 horas los 7 días de la semana los 365 días del año, por lo cual las instalaciones no pueden ser prestadas, puesto que no están desocupadas en ningún momento. Sin embargo, si se aceptan visitas guiadas para conocer el funcionamiento del Sistema de toda la sociedad, previa solicitud aprobada. Evidencia: PR-DCO-DCO-01 Procedimiento de Gestión de Visitas Guiadas y Charlas Educativas, imágenes	
5) Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	5- La institución en miras de realizar un uso eficiente de la energía eléctrica, realizó con un proveedor externo una auditoría que le permitiera identificar como eficientizar los recursos, fruto de esto se realizaron adquisiciones de compras para tener equipos más eficientes que permitan tener un ahorro sostenido. La institución cuenta con la facilidad de rutas de transporte colectivo para el personal, contribuyendo a la reducción del número de vehículos en las calles y disminuyendo el tráfico. De igual modo, se realizan mantenimientos preventivos a los vehículos para para reducir el consumo excesivo de combustible. Evidencia: Informe y Procesos de compras, Plan de mentanimiento, Rutas y paradas.	

6) Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los ciudadanos/clientes (por ejemplo, acceso a estacionamiento o transporte público).	6- La institución posee un control de acceso a las facilidades que cumple con diferentes normativas asociadas a la seguridad de la información, adicional fueron elaboradas Políticas de Seguridad de Planta la cual es socializada con el personal de nuevo ingreso. El edificio cuenta con controles de Seguridad automáticos, rampa y acceso para discapacitados. Para los ciudadanos no es necesario trasladarse a nuestras instalaciones para recibir el servicio, el mismo es brindado en el lugar de la emergencia del usuario. Los empleados cuentan con fácil acceso gracias la ubicación estratégica de las oficinas del 911 y con estacionamientos asignados de acuerdo a la disponibilidad y posición jerárquica. Evidencia: PO-DEJ-DSG-01 Política de Seguridad de planta, PO-DRH-RLB-01 Política de Parqueo, PR-DEJ-DSG-03 Procedimiento de Control de Acceso, PR-DEJ-DSG-02 Procedimiento de Carnetización, Rampas, baños para discapacitados, Matriz de Accesos físicos, fotos según sean requeridas.	
---	---	--

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considerar lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

Subcriterio 5.1. Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor dado a los ciudadanos y clientes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
I) Identifica, mapea, describe y documenta los procesos clave en torno a las necesidades y opiniones de los grupos de interés y del personal, de forma continua, para garantizar una estructura organizativa ágil.	I- La institución ha identificado sus procesos y la interrelación de estos en el mapa de procesos, en los niveles estratégicos, claves o misionales, de soporte o apoyo y de mejora. Estos procesos han sido documentados y están publicados en el portal	

	de intranet de la institución. Esto se realiza bajo las directrices del procedimiento de gestión de documentos del Sistema de Gestión de Calidad. Evidencias: PR-DPD-DDI-01 Procedimiento de Gestión de Documentos del SGC, Mapa de procesos relacional, LM-DPD-DDI-01 Listado Maestro de Documentos Internos, LM-DPD-DDI-02 Listado Maestro de Documentos Externos, FO-DPD-DDI-04 Mapa de Procesos del Sistema 9-I-I, Procesos documentados, Certool, Intranet.	
2) Diseña e implementa un sistema para gestionar procesos aprovechando las oportunidades de la digitalización, el manejo de datos y los estándares abiertos.	Los procesos de la institución se han implementado con el apoyo de la tecnología de punta para así automatizar y eficientizar las operaciones de la institución. Por ejemplo, en los últimos años se han desarrollado mejoras tecnológicas en la geolocalización de los eventos, se ha integrado la plataforma de Google Maps a la gestión de las unidades para eficientizar y reducir los tiempos de llegadas a las emergencias de las unidades. La institución hace pública la información en forma de datos abiertos para que los interesados puedan explotar dicha información. Evidencia: Geolocalizador, app ruta rápida, entre otros. Información de Datos Abiertos.	
3) Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la organización y las expectativas de los ciudadanos/clientes y su adaptación a los cambios del entorno, al tiempo que asigna los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.	3-La institución anualmente realiza su análisis de riesgos de los procesos para así garantizar gestionar las amenazas a la continuidad de las operaciones del Sistema 9-I-I. Para cada dirección se elabora una matriz de riesgo en la que participan los directores y encargados, estas cumplen con los requisitos de las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) en lo establecido en la Valoración y Administración de Riesgos (VAR). Para la metodología de valoración, evaluación, registro y seguimiento de los	

	riesgos se ha implementado el sistema automatizado CERTOOL. Evidencias: PR-DPD-DCG-01 Procedimiento de gestión de riesgos, FO-DPD-DCG-04 Matriz de Riesgos, Portada de aprobación de las matrices de riesgos y Plataforma CERTOOL	
4) Identifica a los propietarios del proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asigna responsabilidades y competencias.	4- En cada procedimiento se indica el puesto responsable de cada tarea o política relacionada al proceso. Evidencia: Procedimientos institucionales	
5) Simplifica los procesos de forma regular, proponiendo cambios en los requisitos legales si es necesario.	5-Anualmente los procesos son revisados para determinar si los mismos pueden ser objetos de mejora o simplificación. Además, como resultado de auditorías también se realizan simplificaciones a los procesos. Evidencia: PR-DPD-DDI-01 Procedimiento de gestión de documentos del SGC y LM-DPD-DDI-01 Listado maestro de documentos internos	
6) Impulsa la innovación y la optimización de procesos al prestar atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales, involucrando a grupos de interés relevantes.	6-Los procesos son innovados basado en las necesidades, mejoras y cambios que se presenten en el mercado. Nuevos conocimientos son adquiridos de manera constante mediante las capacitaciones tomadas por los colaboradores, capacitaciones y los cambios tecnológicos. En el último año, en su rol de presidente del Grupo Técnico Subsidiario Sobre Servicios de Emergencias y Seguridad (GTS-SES), la institución ha realizado talleres y webinarios coordinados por el de la Organización de los Estados Americanos (OEA), los cuales impulsan a la innovación de buenas prácticas de otros países. Evidencia: certificaciones obtenidas por los colaboradores, PR-DRH-EDC-03 Procedimiento de capacitación de personal, FO-DRH-EDC-08	

	Formulario de Detección de Necesidades de Capacitación por Área Organizativa, Talleres y webinarios coordinados por el GTS-SES de la OEA	
7) Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo, carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).	7- La institución ha establecido objetivos orientados a los resultados, teniendo carta compromiso al ciudadano, acuerdos de niveles de servicio, medición de percepción de satisfacción, medición de los resultados de las operaciones de las instituciones de respuesta. Evidencia: Carta compromiso al Ciudadano, Acuerdos Interinstitucionales y SLA Instituciones de respuesta, Encuesta de Satisfacción a usuarios, PR-DPD-DCG-03 Procedimiento de medición de satisfacción de usuarios finales, Acuerdos de Niveles de Servicio.	
8) Revisa y mejora los procesos para garantizar la protección de datos. (<i>Back up</i> de datos, cumplimiento de normas de protección de datos personales y de información del Estado).	La institución tiene establecido protocolos, políticas y procedimientos para la protección de las informaciones recopiladas en el ejercicio de la función realizada. En este sentido se cumplen las normativas aplicables de la OGTIC y lo establecido en la Norma ISO 27001 de Gestión de Seguridad de la Información. Evidencia: PO-DTI-SMT-01 Política de seguridad TIC, PR-STI-SMT-01 Procedimiento de Administración de control de acceso de perfiles de usuarios, PR-STI-SMT-02 Procedimiento de administración de control de acceso de equipos, PR-DTI-SMT-03 Procedimiento de administración de la seguridad de la infraestructura, PR-DTI-OPT-07 Procedimiento de respaldo de información de servidores, Certificaciones NORTIC	

Subcriterio 5.2 Ofrecer productos y prestar servicios orientados a los clientes, los ciudadanos, los grupos de interés y la sociedad en general.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización: 1) Involucra a los ciudadanos/clientes y grupos de interés en el diseño, entrega y mejora de los servicios y productos y en el desarrollo de estándares de calidad. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, otros.	2) Mediante la realización de las encuestas a los usuarios finales son tomadas en cuenta las recomendaciones que puedan ser implementadas para realizar las mejoras a los procedimientos en el caso de ser aceptables. Otro medio de involucramiento es mediante las reuniones periódicas con los grupos de interés donde los puntos validados que amerite mejoras en los procesos son tomados en cuenta. Fue elaborado el procedimiento PR-DPD-DCG-07 Procedimiento de servicio no conforme y de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios al sistema 9-I-I, en el cual el usuario puede hacer llegar a la institución cualquier queja, reclamo o sugerencia (QRS). Evidencia: PR-DPD-DCG-03 Procedimiento medición de satisfacción a usuarios finales, PR-DPD-DCG-07 Procedimiento de servicio no conforme y de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios al sistema 9-I-I, Minutas donde participan los grupos de interés y se reflejen puntos relacionados a los estándares de Calidad que están implementados en los procesos actuales e involucramientos de los grupos de interés. Módulo de QRS, Módulo de Encuesta.	
3) Utiliza métodos innovadores para desarrollar servicios orientados al ciudadano/cliente y a la demanda, centrándose en el principio de una sola vez.	El área de tecnología se mantiene vigilante para poder identificar tecnologías que de acuerdo a una relación costo beneficio adecuada pueden ser implementadas en la institución. La institución	

	tiene implementada tecnología de punta para así automatizar y eficientizar sus procesos. Por ejemplo, en los últimos años se han desarrollado mejoras tecnológicas en la geolocalización de los eventos, se ha integrado la plataforma de google maps a la gestión de las unidades para eficientizar y reducir los tiempos de llegadas a las emergencias de las unidades. Evidencia: Geolocalizador, app ruta rápida, entre otros	
4) Aplica la diversidad y la gestión de género para identificar y satisfacer las necesidades y expectativas.	4- La institución cuenta con disponibilidad del horario de servicio 24/7, disponibilidad de recepción de llamadas en idiomas español, inglés y creole, uso de sistema informático para la recepción y documentación de las llamadas, documentación en papel como plan de contingencia en el caso de que el sistema no esté disponible. Con el fin de garantizar un mayor grado de igualdad de oportunidades, la institución ha capacitado a más del 90% de sus empleados con las capacitaciones impartidas a través del Consejo Nacional de Discapacidad CONADIS: Accesibilidad Universal, Trato digno hacia las personas con discapacidad con un enfoque de derechos y Discapacidad y empleo desde un enfoque de derechos. Evidencia: Procedimientos, Recepción de Llamadas, Sistema Inet, procedimiento Manual de Llamadas, formularios físicos de registro de llamadas, Certificación de los cursos de CONADIS	
5) Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización (por ejemplo: accesibilidad en línea de los servicios, horarios de apertura flexibles, documentos en una variedad de formatos, como, en papel y en	5- La institución cuenta con disponibilidad del horario del servicio 24/7, disponibilidad de recepción de llamadas en idiomas español, inglés y creole, uso de sistema informático para la recepción y documentación de las llamadas, documentación en	

versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio).	papel como plan de contingencia en el caso de que el sistema no esté disponible. Evidencia: PR-DOP-REC-01 Procedimiento de Recepción de Llamadas de Emergencias, IN-DOP-REC-01 Instructivo para la recepción de Llamadas de Emergencias, FO-DOP-REC-01 Formulario de Recepción Manual de Llamadas, Sistema Inet.	
--	--	--

Subcriterio 5.3. Coordinar los procesos en toda la organización y con otras organizaciones relevantes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización:		
1) Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	1- La institución, como ente coordinador de la atención a las emergencias, ha desarrollado procesos de articulación con las distintas instituciones de respuesta, los cuales están descritos a través de acuerdos interinstitucionales, políticas, procedimientos y protocolos que permiten la prestación del servicio al ciudadano. La institución coordina con las agencias de respuestas y cuenta con los procedimientos de Despacho (Instituciones Públicas: Policía Nacional, DIGESETT, DAEH), Proceso de Llamadas Molestosas (Las Empresas Proveedores de telefonía), Proceso de Manejo de Imágenes de Video Vigilancia (Procuraduría General de la República), Proceso de Atención de Denuncias de Ruido (Proceso Gestión de Soporte de los proveedores de Video Vigilancia). Evidencia: PR-DOP-DEM-01 Procedimiento de Despacho y Asistencia a Emergencias, PR-DOP-DEM-02 Procedimiento de Despacho de Emergencias que involucren al COE y a la Defensa Civil, PR-DOP-DEM-04 Procedimiento de Gestión	

	de Enlace, PR-DVV-DVV-02 Procedimiento de Solicitud y Entrega de Imágenes y Videos de Video Vigilancia, Plan Operativo Nacional de Emergencias, PR-DOP-REC-01 Procedimiento de Recepción de Llamadas de Emergencias (Atención de Denuncia de Ruidos), Gestión de soporte de los proveedores de Video Vigilancia.	
2) Desarrolla un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para facilitar el intercambio de datos.	2- Los sistemas tecnológicos son compartidos con las instituciones de respuesta, mediante la consola de radio, sistema de despacho de emergencias, de geolocalización vehicular, de ruta rápida. De igual modo, proporcionamos los radios, tablets y flotas a los componentes de las brigadas que brindan servicios a las instituciones de respuesta del Sistema 9-1-1. La institución provee la plataforma y los equipos de radiocomunicaciones a las instituciones de respuesta para la gestión de sus operaciones. Evidencia: Sistema Inet, FO-DTI-AST-04 Formulario de Recepción/Entrega de Equipos Tecnológicos (radios, flotas, tablets), protocolos, PR-DJU-EDL-04 Procedimiento de Elaboración de Documentos Legales y el PR-DRC-RCO-01 Procedimiento de Asignación y Configuración de Radios Terminales y Accesorios.	
3) Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas.	3-Según la necesidad y a solicitud, son creados internamente grupos de comité de trabajo con los colaboradores aplicables. Adicional a esto fueron elaboradas políticas para la formación de los comités según sea requerido, los cuales son registrados mediante el acta de concordancia de comité.	

	Evidencia: FO-DPD-DCG-15 Acta de Concordancia de la Creación de Comité,	
4) Incorpora incentivos y condiciones para que la dirección y los empleados creen procesos inter-organizacionales. Por ejemplo: servicios compartidos y desarrollo de procesos comunes entre diferentes unidades.	4- Los procesos en el cual se interrelacionan diferentes instituciones son levantados de manera conjunta y se establecen acuerdos interinstitucionales y acuerdos de niveles de servicio. Adicional a esto, el Sistema 9-1-1 ayuda a fortalecer las áreas relacionadas de las instituciones de respuesta. Evidencias: PR-DJU-EDL-04 Procedimiento de Elaboración de Documentos Legales, Acuerdos interinstitucionales, Acuerdos de niveles de servicio, mesas técnicas.	
5) Acuerda estándares comunes, facilita el intercambio de datos y servicios compartidos, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega en toda la organización y con socios clave en los sectores público, privado y de ONG.	5- La institución establece los procedimientos, protocolos de actuación y los estándares de medición con las instituciones de respuesta. Esto se revisa de manera anual y se contempla en el Plan Operativo Nacional para la Atención a las Emergencias y de manera general en los acuerdos interinstitucionales. Evidencia: PR-DJU-EDL-04 Procedimiento de Elaboración de Documentos Legales, Acuerdos Interinstitucionales, SLA con las instituciones de respuesta, Plan Operativo Nacional para la Atención a las Emergencias.	
6) Utiliza asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) para permitir la prestación de servicios coordinados.	6- Las prestaciones de los servicios son dados por las Instituciones de respuesta, las cuales se integran de manera regional y por zonas de desempeño. De manera global, el Sistema 9-1-1 realiza asociaciones con los gobiernos de las provincias y municipios para la facilitación de la prestación del servicio y la coordinación del trabajo en conjunto con las diferentes instituciones de respuesta. Evidencias: Plan Operativo Nacional de Atención a Emergencias, PR-DJU-EDL-04 Procedimiento de	

	Elaboración de Documentos Legales acuerdos interinstitucionales, evidencias de reuniones, Informe Ejecución Acuerdos Interinstitucionales.	
--	--	--

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/CLIENTES.

Considere lo que la organización ha logrado para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos a través de los siguientes resultados:

Subcriterio 6.1. Mediciones de la percepción.

I. Resultados de la percepción general de la organización, respecto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																																																		
La opinión de los ciudadanos/clientes sobre:																																																				
I) Imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación de información sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros).	6- Se presenta a continuación los productos de comunicación: <table><thead><tr><th>Producto comunicacional</th><th>2022</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026 (enero-mayo)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Artículos de opinión</td><td>27</td><td>4</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Editoriales</td><td>2</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Notas de prensa oficial / notas de prensa</td><td>27</td><td>49</td><td>40</td><td>33</td></tr><tr><td>Noticias informativas</td><td>241</td><td>273</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Reseñas</td><td>808</td><td>2,044</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Videos / casos de éxito</td><td>-</td><td>-</td><td>37</td><td>38</td></tr><tr><td>Campañas</td><td>-</td><td>-</td><td>6</td><td>10</td></tr><tr><td>Comunicaciones internas desde la Dirección de Comunicaciones</td><td>-</td><td>-</td><td>49</td><td>37</td></tr><tr><td>Comunica 911</td><td>-</td><td>-</td><td>49</td><td>27</td></tr></tbody></table>	Producto comunicacional	2022	2024	2025	2026 (enero-mayo)	Artículos de opinión	27	4	-	-	Editoriales	2	-	-	-	Notas de prensa oficial / notas de prensa	27	49	40	33	Noticias informativas	241	273	-	-	Reseñas	808	2,044	-	-	Videos / casos de éxito	-	-	37	38	Campañas	-	-	6	10	Comunicaciones internas desde la Dirección de Comunicaciones	-	-	49	37	Comunica 911	-	-	49	27	
Producto comunicacional	2022	2024	2025	2026 (enero-mayo)																																																
Artículos de opinión	27	4	-	-																																																
Editoriales	2	-	-	-																																																
Notas de prensa oficial / notas de prensa	27	49	40	33																																																
Noticias informativas	241	273	-	-																																																
Reseñas	808	2,044	-	-																																																
Videos / casos de éxito	-	-	37	38																																																
Campañas	-	-	6	10																																																
Comunicaciones internas desde la Dirección de Comunicaciones	-	-	49	37																																																
Comunica 911	-	-	49	27																																																

Visitas y recorridos con grupos de interés	-	-	4	6
Discursos	-	-	16	8
Charlas educativas	-	-	-	11
Boletín 911 en Acción	-	-	12	5
Informativo Avanzamos 911	-	-	12	5
Revista Informa 911	-	-	3	2
Reportajes	-	-	7	-

Para esto se ha evaluado la favorabilidad la cual se presenta de esta forma:

Valoración	2022	2024	2025
Positivas	1,662	2,093	753
Neutras	15	265	160
Negativas	11	12	10
Total reportado	1,692	2,370	923

El Sistema 9-1-1 es evaluado cada mes por el órgano rector en materia de transparencia. Dichas calificaciones son convertidas en un indicador interno de calidad. Asimismo, es medido por su apertura y puntualidad de datos publicados. Los resultados en promedio en 2021 son de 77.22%; en 2022 de 76.22 % y en el 2023 de 92%, en el 2024 de 97%, en el 2025 95.68% y en el año 2026 93.04%

La institución realiza diariamente la encuesta de satisfacción de los usuarios del sistema cuya medición es mensual, se obtuvieron en satisfacción global los resultados para el año 2020 un 89%, en el 2021 88%, en el 2022 89%,

	en el 2023 en 88%, 2024 de 87%, 2025 es de 90% y hasta mayo 2026, 91% superando la meta de un 85%. El atributo de la velocidad para los años 2020 al 2026 su resultado fue 96%, en cada periodo respectivamente; el trato obtuvo 97%, 97%, 97%, 97%, 98%, 97% y 98% durante los años 2020-2026, y para el conocimiento los resultados para los años 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 y 2026 los resultados fueron 97%, 96%, 97%, 97%, 98%, 97% y 97% respectivamente. En el año 2019 fue realizada la encuesta de satisfacción a través de portal de observatorio nacional de la calidad de los servicios públicos arrojando un resultado general de satisfacción de un 98%. Durante el año 2025 se implementó la encuesta en el portal del observatorio de servicios públicos, obteniendo un resultado general de 97.1% Evidencias: Reportes de la satisfacción de los usuarios, portal observatorio servicios públicos reporte de informe de satisfacción.	
2) Orientación al ciudadano/cliente sobre el enfoque del personal a su atención. (amabilidad, trato equitativo, atención oportuna, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	La prestación del servicio de atención a emergencias se basa en las Normas COPC que son exclusivas para organizaciones que tienen interacción con los clientes, además de leyes y normativas asociadas al sector de las emergencias. En estas normas adicional a la ISO 9001 que está implementada en la institución se establece como principio el enfoque a clientes/ciudadanos, donde uno de los pilares es el trato, enfoque y servicio al cliente. De esto se realizan mediciones periódicas	

	para saber el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio brindado. El atributo de la velocidad para los años 2020 al 2026 su resultado fue 96%, en cada periodo respectivamente; el trato obtuvo 97%, 97%, 97%, 97%, 98%, 97% y 98% durante los años 2020-2026, y para el conocimiento los resultados para los años 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 y 2026 los resultados fueron 97%, 96%, 97%, 97%, 98%, 97% y 97% respectivamente. En el año 2019 fue realizada la encuesta de satisfacción a través de portal de observatorio nacional de la calidad de los servicios públicos arrojando un resultado general de satisfacción de un 98%. Durante el año 2025 se implementó la encuesta en el portal del observatorio de servicios públicos, obteniendo un resultado general de 97.1%. Evidencia: Carta Compromiso al ciudadano, encuestas de satisfacción, portal del observatorio de los servicios públicos procedimientos de la gestión de las operaciones	
3) Participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.	3- Hemos recibido durante los años 2020 – 2026, 2, 14, 11, 7, 6, 4 y 2 sugerencias de los ciudadanos, respectivamente, para proceder a mejorar los servicios. Con respecto a las instituciones de respuesta contamos con la participación en las mejoras de los procesos de manera directa. Evidencia: Matriz de QRS	
4) Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	4-La institución presta servicios en el lugar de la emergencia, es decir que el usuario no debe trasladarse, sino que las instituciones de respuestas los atienden donde ellos indiquen. En lo que llevamos de operaciones el sistema ha atendido	

	aproximadamente 7,120,175 emergencias de diversas índoles. De estas emergencias los tipos de caso con mayor frecuencia son Accidentes de Tránsito, Dificultad Respiratoria y Violencia Doméstica. Nuestro servicio es gratuito y se presta si distinción a ciudadanos y persona que está en el territorio nacional sin importar su estatus legal o migratorio, su condición económica, educación o poder adquisitivo, dentro de la cobertura del país. Se brinda servicio en español, inglés y creole. En el portal de transparencia están publicadas las estadísticas institucionales, estadísticas asociadas a la transparencia en el manejo de los recursos, entre otras informaciones desde el año 2014 hasta la fecha. La DIGEIG nos ha calificado por la publicación de estos datos en el portal de transparencia y hemos obtenido para los años 2024 - 2026 más de un 95% de calificación. Evidencia: Estadísticas de las encuestas, fichas relevantes del QRS, cartas remitidas a los ciudadanos, informes mensuales de la gestión de las Quejas, reclamos y Sugerencias. Evaluación de la DIGEIG	
5) Integridad de la organización y la confianza generada en los clientes/ ciudadanos.	5- El nivel de confianza de los servicios recibidos por los usuarios, es medido mediante las encuestas de satisfacción que son realizadas a los usuarios finales. Los resultados de credibilidad y confianza tienen unos resultados de 90%, 92%, 91%, 92% y 93% para los años 2022 al 2026 respectivamente. Evidencias: estadísticas de los resultados mensuales de las encuestas	

2. Resultados de la percepción de los servicios y productos.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La opinión de los usuarios sobre:		

1) Nivel de confianza hacia la organización y sus productos/servicios.	1- El nivel de confianza de los servicios recibidos por los usuarios, es medido mediante las encuestas de satisfacción que son realizadas a los usuarios finales. Los resultados de credibilidad y confianza tienen unos resultados de 90%, 92%, 91%, 92% y 93% para los años 2022 al 2026 respectivamente. Evidencias: estadísticas de los resultados mensuales de las encuestas	
2) Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de apertura y de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	2- La institución presta servicios en el lugar de la emergencia, es decir que el usuario no debe trasladarse, sino que las instituciones respuesta los atienden donde está la necesidad en todo el territorio de cobertura. En lo que llevamos de operaciones el sistema ha atendido 7,120,175 emergencias. Nuestro servicio es gratuito y se presta si distinción a ciudadanos y persona que está en el territorio nacional sin importar su estatus legal o migratorio, su condición económica, educación o poder adquisitivo, dentro de la cobertura del país. El servicio es brindado 24 horas del día todos los días del año de forma ininterrumpida. Evidencia: Estadísticas de las encuestas, fichas relevantes del QRS, cartas remitidas a los ciudadanos, informe mensuales de la gestión de las Quejas, reclamos y Sugerencias	
3) Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, tiempo de entrega, enfoque medioambiental, etc.).	3- Fue elaborada la Carta de Compromiso con el Ciudadano, Se ha elaborado un procedimiento de Reclamos, Quejas y Sugerencia donde el ciudadano podrá reportar cualquiera de una de estos tres puntos; son dadas las recomendaciones según aplique. Mediante la realización de las encuestas a los usuarios finales son recolectadas las estadísticas necesarias para medir los estándares de calidad, tiempo para asesorar,	

	Durante el periodo comprendido de 2019 al 2026 se han realizaron 441,783 monitoreos de calidad de la atención a las emergencias de las áreas de recepción, despacho y videovigilancia en ambas sedes. En 2019 se realizaron 32,825 monitoreos; en 2020, 40,733; en 2021, 46,900; en 2022, 49,772, en el 2023, 54,517, 2024, 56,545, 2025, 52,323 y hasta mayo 2026, 58,231. Los niveles de calidad para recepción para los años 2021 al 2026, de 96%, 96.78%, 97.3%, 97.33%, 98% y 97.64% respectivamente, para la gestión del despacho es de 93.21%, 95.08%, 96.26%, 96%, 97.28% y 99% respectivamente. Evidencia: Estadísticas de las encuestas, fichas relevantes del QRS, cartas remitidas a los ciudadanos, informe mensuales de la gestión de las Quejas, Reclamos y Sugerencias	
4) Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	4- Los servicios brindados no están diferenciados relacionados a género o edad, sino asociado a la criticidad de la emergencia, ya que la atención es universal y no tiene diferenciación de este tipo. Para algunos casos relacionados con violencia doméstica a la mujer son remitidos además de la atención inmediata al Ministerio de la Mujer, si la atención es relacionada con personas envejecientes es remitida a el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, (CONAPE), y si es asociadas a niños, niñas y adolescentes es remitido al CONANI y a la fiscalía. Todo esto luego de dar la atención a la emergencia, se envía a estas instituciones para dar seguimiento. Evidencias: Estadísticas de atención a emergencias, estadísticas de casos de violencia domestica a la	

	mujer, casos relacionados a envejecientes y a niños, niñas y adolescentes	
5) Capacidad de la organización para la innovación.	La institución tiene implementada tecnología de punta para así automatizar y eficientizar los procesos de la institución. Por ejemplo, en el último año se han desarrollado mejoras tecnológicas en la geolocalización de los eventos, se ha integrado la plataforma de Google Maps a la gestión de las unidades para eficientizar y reducir los tiempos de llegadas a las emergencias de las unidades. Se han realizado más de 5 innovaciones tecnológicas entre los años 2023-2026. Evidencia: Geolocalizador, app ruta rápida, entre otros.	
6) Agilidad de la organización.	Se ha establecido que el nivel de servicio en relación con la atención a la llamada del usuario desde el momento que se realiza tiene una meta de 90% de las llamadas atendidas en 10 segundos o menos. Los resultados para este parámetro son los siguientes: en 2020, de 95%, en 2021 de 96%, en 2022 de 97%, en 2023 de 98.92%, en 2024 98.60% en 2025 98.68% y en 2026 98.40%. Verificando que se cumplió y sobrepasó dicha meta, a partir de la tercera versión de la carta compromiso al ciudadano este es un nuevo indicador que se mide el cual en su primera evaluación cumplió con la meta establecida. Evidencia: Encuestas de Satisfacción, Estadísticas del Sistema 9-1-1	
7) Digitalización en la organización.	La institución tiene un intranet donde se manejan todas las informaciones, el core de la institución se maneja completamente digital y automatizado. Se tienen procesos automatizados como son Encuestas de satisfacción, Manejo de QRS, Manejo de información de las cámaras de video vigilancia,	

	manejo de la correspondencia, de gestión de recursos humanos, gestión de recursos financieros, entre otros. Adicional se está automatizando el Sistema de Gestión de Calidad, con los módulos de la gestión documental, auditorías, acciones correctivas, manejo de quejas, satisfacción, capacitaciones, entre otros. En términos de correspondencia se han digitalizado en el año 2024, 1,030 documentos, en 2025 3,354, y de enero a mayo 2026 1,115 digitalizaciones de las correspondencias para evitar las copias y uso de papel. De otros tipos de documentos se han digitalizado para el año 2025 1,053 y de enero a mayo 2026, 1,115.	
--	---	--

6.2. Mediciones de Rendimiento en relación a:

I. Resultados sobre la calidad de los productos y servicios.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I) Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	I- El servicio de atención a emergencias es brindado 24 horas los 7 días de la semana el año completo. Se tiene como meta contestar el 90% de las llamadas en 10 segundos o menos este es un estándar internacional establecido por la NENA. Como resultados por año: en 2020, de 95%, en 2021 de 96%, en 2022 de 97%, en 2023 de 98.92% y hasta junio del 2024 98.60% y en 2025 98.68% y en 2026 98.40%. Sobrepasando así este estándar establecido para centros de atención a emergencias. Evidencias: Estadísticas	

2) Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas.	Las QRS que corresponden a la gestión de nuestra institución los resultados son: 2015 a 2025 5, 7, 6 17, 34, 30, 57, 40, 26, 32, y 18 respectivamente. Para facilitar la gestión de las quejas del usuario gestionamos las quejas que corresponden a las instituciones de respuesta, recibíéndolas por vía del 311, investigándolas y enviándolas para que sean solucionadas así garantizamos que sean respondidas las quejas, reclamos y sugerencias. En este sentido hemos recibido quejas reclamos y sugerencias, desde el año 2015 a mayo 2025, cuyo resultado es 36, 291, 314, 401, 496, 539, 891, 578, 371, 434 y 165 respectivamente cuyo tiempo compromiso es de 15 días para dar respuesta. Se ha establecido un indicador para el cumplimiento global de respuesta y cuya meta es 85% y se obtuvieron resultados para el 2019-2026 de 45%, 63%, 86%, 91%, 93%, 92%, 94% y 98.12% respectivamente viéndose una gran mejoría en el cumplimiento de este compromiso. Evidencia: Matriz de QRS	
3) Resultados de las medidas de evaluación con respecto a errores y cumplimiento de los compromisos/estándares de calidad.	Los resultados de la evaluación respecto al cumplimiento de los compromisos asumidos en la Carta Compromiso al Ciudadano, hemos tenido para los años 2020 al 2026, 99%, 100%, 100%, 100%, 99% y 99% respectivamente. Evidencia: Evaluación del MAP a la Carta compromiso ala ciudadano 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, y 2025.	
4) Cumplimiento a los estándares de servicio publicados (Carta Compromiso).	La institución ha elaborado la carta de compromiso al ciudadano desde 2017. Esta es auditada anualmente por el MAP y han sido obtenidas las puntuaciones siguientes: 99%, 100%, 100%, 100% y 99% en los años 2019, 2020, 2021,	

	2022, 2023 y 2024, respectivamente. en ese sentido, se visualiza un desempeño adecuado. Evidencia: Evaluaciones del MAP a la Carta compromiso ala ciudadano 2020 - 2025	
--	--	--

2. Resultados en materia de transparencia, accesibilidad e integridad.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																																																																															
I) Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	I- La institución actualmente tiene como canales de información las siguientes redes sociales: YouTube, Instagram, X y Facebook, LinkedIn además del portal web y los medios de comunicación tradicional. <table><tr><th>Red social / canal</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026 hasta 30 mayo</th></tr><tr><td>Instagram</td><td>14,605</td><td>14,840</td><td>171,820</td><td>78,793</td><td>187,757</td><td>187,841</td></tr><tr><td>Facebook</td><td>2,785</td><td>-3,355</td><td>144,890</td><td>45,712</td><td>145,033</td><td>145,182</td></tr><tr><td>Twitter / X</td><td>5,724</td><td>1,662</td><td>71,233</td><td>71,003</td><td>70,942</td><td>70,950</td></tr><tr><td>YouTube</td><td>210</td><td>1,142</td><td>3,910</td><td>4,960</td><td>5,290</td><td>5,290</td></tr><tr><td>Web usuarios / visitas</td><td>159,421</td><td>84,727</td><td>185,000</td><td>220,000</td><td>125,554</td><td>126,000</td></tr><tr><td>LinkedIn</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>346</td><td>560</td><td>857</td></tr></table> Con respecto a los productos comunicacionales estos son los resultados por año: <table><tr><th>Producto comunicacional</th><th>2022</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026 (enero-mayo)</th></tr><tr><td>Artículos de opinión</td><td>27</td><td>4</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Editoriales</td><td>2</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Notas de prensa oficial / notas de prensa</td><td>27</td><td>49</td><td>40</td><td>33</td></tr><tr><td>Noticias informativas</td><td>241</td><td>273</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Reseñas</td><td>808</td><td>2,044</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>	Red social / canal	2021	2022	2023	2024	2025	2026 hasta 30 mayo	Instagram	14,605	14,840	171,820	78,793	187,757	187,841	Facebook	2,785	-3,355	144,890	45,712	145,033	145,182	Twitter / X	5,724	1,662	71,233	71,003	70,942	70,950	YouTube	210	1,142	3,910	4,960	5,290	5,290	Web usuarios / visitas	159,421	84,727	185,000	220,000	125,554	126,000	LinkedIn	N/A	N/A	N/A	346	560	857	Producto comunicacional	2022	2024	2025	2026 (enero-mayo)	Artículos de opinión	27	4	-	-	Editoriales	2	-	-	-	Notas de prensa oficial / notas de prensa	27	49	40	33	Noticias informativas	241	273	-	-	Reseñas	808	2,044	-	-	
Red social / canal	2021	2022	2023	2024	2025	2026 hasta 30 mayo																																																																											
Instagram	14,605	14,840	171,820	78,793	187,757	187,841																																																																											
Facebook	2,785	-3,355	144,890	45,712	145,033	145,182																																																																											
Twitter / X	5,724	1,662	71,233	71,003	70,942	70,950																																																																											
YouTube	210	1,142	3,910	4,960	5,290	5,290																																																																											
Web usuarios / visitas	159,421	84,727	185,000	220,000	125,554	126,000																																																																											
LinkedIn	N/A	N/A	N/A	346	560	857																																																																											
Producto comunicacional	2022	2024	2025	2026 (enero-mayo)																																																																													
Artículos de opinión	27	4	-	-																																																																													
Editoriales	2	-	-	-																																																																													
Notas de prensa oficial / notas de prensa	27	49	40	33																																																																													
Noticias informativas	241	273	-	-																																																																													
Reseñas	808	2,044	-	-																																																																													

	<table><tr><td>Videos / casos de éxito</td><td>-</td><td>-</td><td>37</td><td>38</td></tr><tr><td>Campañas</td><td>-</td><td>-</td><td>6</td><td>10</td></tr><tr><td>Comunicaciones internas desde la Dirección de Comunicaciones</td><td>-</td><td>-</td><td>49</td><td>37</td></tr><tr><td>Comunica 911</td><td>-</td><td>-</td><td>49</td><td>27</td></tr><tr><td>Visitas y recorridos con grupos de interés</td><td>-</td><td>-</td><td>4</td><td>6</td></tr><tr><td>Discursos</td><td>-</td><td>-</td><td>16</td><td>8</td></tr><tr><td>Charlas educativas</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>11</td></tr><tr><td>Boletín 911 en Acción</td><td>-</td><td>-</td><td>12</td><td>5</td></tr><tr><td>Informativo Avanzamos 911</td><td>-</td><td>-</td><td>12</td><td>5</td></tr><tr><td>Revista Informa 911</td><td>-</td><td>-</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>Reportajes</td><td>-</td><td>-</td><td>7</td><td>-</td></tr></table> Evidencia: Redes sociales estadísticas, reportes e indicadores.	Videos / casos de éxito	-	-	37	38	Campañas	-	-	6	10	Comunicaciones internas desde la Dirección de Comunicaciones	-	-	49	37	Comunica 911	-	-	49	27	Visitas y recorridos con grupos de interés	-	-	4	6	Discursos	-	-	16	8	Charlas educativas	-	-	-	11	Boletín 911 en Acción	-	-	12	5	Informativo Avanzamos 911	-	-	12	5	Revista Informa 911	-	-	3	2	Reportajes	-	-	7	-	
Videos / casos de éxito	-	-	37	38																																																					
Campañas	-	-	6	10																																																					
Comunicaciones internas desde la Dirección de Comunicaciones	-	-	49	37																																																					
Comunica 911	-	-	49	27																																																					
Visitas y recorridos con grupos de interés	-	-	4	6																																																					
Discursos	-	-	16	8																																																					
Charlas educativas	-	-	-	11																																																					
Boletín 911 en Acción	-	-	12	5																																																					
Informativo Avanzamos 911	-	-	12	5																																																					
Revista Informa 911	-	-	3	2																																																					
Reportajes	-	-	7	-																																																					
2) Disponibilidad y exactitud de la información.	2-La información es publicada en el Intranet institucional al alcance de los colaboradores que poseen accesos informáticos; la misma es colocada según aplica por el personal correspondiente calificado; Antes de ser colocada esta información pasa por un proceso de aprobación. Para los colaboradores que no poseen acceso informático, esta información les llega vía entrenamientos y direccionamientos del su supervisor inmediato y finalmente son publicadas las informaciones correspondientes en el portal de Transparencias. Con relación a las solicitudes de la OAI, de 2019 al 2024 la Oficina ha recibido 56, 39, 48, 22, 35, 21, 41 y 10 solicitudes de información, respectivamente. Se aprecia una disminución significativa en la cantidad de solicitudes debido a que la página web																																																								

	institucional se mantiene actualizada con diversas publicaciones que los usuarios pueden consultar directamente. Evidencia: Intranet Institucional, registros de asistencia de reuniones, entrenamientos, Portal de Transparencia, registros del SAIP.	
3) Disponibilidad de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización.	3- La institución posee un balance scorecard para los objetivos estratégicos los cuales son desarrollados en el plan operativo anual y establecidos como indicadores de los procesos. Para todos los procesos institucionales se han establecido indicadores. Estos se clasifican de la siguiente forma: de gestión, del Plan Estratégico, de cumplimiento de entes reguladores y de objetivos de calidad. En 2021 y 2022 se contaba con 120 indicadores, para el año 2023 se adicionaron 8 más, para un total de 128, que permanecen para el año 2024 en el año 2025 y 2026 se mantienen 127 indicadores, de estos indicadores a modo general se cumplen el 95% de estos, en ese sentido los que no alcanzaron la meta tienen un plan de mejora. Este indicador de cumplimiento global fue creado para el PEI 2025-2028. Evidencias: Indicadores de gestión	
4) Alcance de la entrega de datos abiertos. Por ejemplo: disponibilidad y facilidad de obtener datos de la OAI.	4 -Adicional a esto la institución cuenta con la certificación NORTIC A3, que es la norma de publicación de datos abiertos. Los datos abiertos están publicados tanto en el portal institucional en la sección de transparencia como en el apartado de datos abiertos (https://911.gob.do/transparencia/datos-abierto/) y en el portal gubernamental de datos abiertos.	

	Estos se encuentran disponibles desde 2017 y comprenden las nóminas de los empleados, las estadísticas, las llamadas molestosas y las encuestas de satisfacción. Todos en los formatos CSV, ODS Y XLSX Evidencia: Portal de transparencia institucional y las Políticas de Información y Comunicación Institucional, portal de datos abiertos	
5) Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).	5- El servicio de atención a emergencias es brindado 24 horas los 7 días de la semana el año completo. Para la parte administrativa se labora de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm estando disponible a requerimiento si se necesita brindar apoyo a las operaciones. Es bueno aclarar que el servicio necesario para los usuarios es el que se brinda todos los días y todo el año. Evidencia: Horarios establecidos por Recursos Humanos	
6) Tiempo de espera.	6- El servicio de atención a emergencias es brindado 24 horas los 7 días de la semana el año completo. Inmediatamente la persona contacta al Sistema es atendida por el personal correspondiente, que envía las unidades de respuesta de las instituciones de respuesta. El tiempo para recibir el servicio la meta es atender el 90% de las llamadas en 10 minutos o menos. Este indicador su resultado se mantiene por encima de 95%.	
7) Tiempo para prestar el servicio.	7- Se tiene como meta contestar el 90% de las llamadas en 10 segundos o menos. El resultado para el 2020, de 95%, en 2021 de 96%, en 2022 de 97%, en 2023 de 98.92% y hasta junio del 2024 98.60%, en 2025 98.68% y en 2026 98.40%. Evidencias: Estadísticas de Nivel de Servicios	

8) Costo de los servicios.	8- Los servicios son gratuitos para los usuarios y también las llamadas son gratuitas.	
9) Disponibilidad de información acerca de la responsabilidad de gestión de los distintos servicios (Carta Compromiso, Catálogo de servicios on line, otros).	9- Fueron elaborados, aprobados y remitidos al MAP los servicios brindados por la Institución. Además, los mismos están en la carta compromiso de la institución la cual se encuentra en su versión. Estos están disponibles en la página web y de manera física. En la página web se ha publicado nuestra carta compromiso, con los resultados de la medición de los compromisos. Evidencia: Publicación en el portal del MAP y Carta Compromiso.	

3. Resultados relacionados a la participación de los grupos de interés y la innovación.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1) Grado de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones.	1- Son realizadas reuniones semanales con las agencias de Respuesta, en la que se revisan los objetivos identificados teniendo en cuenta los grupos de interés, en estas reuniones son documentadas las mejoras a ser implementadas en los servicios. Se realizan reuniones con las instituciones de respuesta para el año 2024 se realizaron 51 reuniones en 2025 se han realizado 48 reuniones y hasta mayo tenemos 20. Evidencia: Minutas, registros de asistencia	
2) Sugerencias recibidas e implementadas, (Número de quejas y sugerencias recibidas vs número y resultados de las acciones implementadas).	7- Durante el período 2015-2025 se han recibido 245 quejas y reclamaciones y 27 sugerencias. El 100% de las quejas y sugerencias fueron investigadas, solucionadas y respondidas a los ciudadanos. Las principales sugerencias han sido asociadas a videovigilancia para la instalación de cámaras	

	en lugares estratégicos, están informaciones son pasadas a las instituciones correspondientes que son las que indican dónde deben colocarse las cámaras. Otras son asociadas a la reducción de preguntas por parte del operador, las cuales han sido tomadas en cuenta y se han reducido preguntas. Evidencias: Matriz de QRS, implementación tecnológica	
3) Grado de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes.	8- Los servicios son brindados de manera telefónica de manera gratuita. Para mejorar la ubicación de los ciudadanos y la captación de las informaciones, la institución realiza estudios para mejorar la forma de la prestación del servicio de acuerdo con la realidad del país y del proceso. Si existe un cambio este se maneja en el comité de cambios. Se buscan nuevas tecnologías para mejorar la prestación del servicio como se ha mencionado anteriormente. Para el año 2024 se realizaron 63 cambios tecnológicos, en el 2025 se realizaron 68 y hasta mayo del 2026 se han realizado 20 cambios tecnológicos. Evidencias: Solicitud de aprobación de RFC, Software de RFC	
4) Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes, (resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	4-La institución brinda los servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, estatus migratorio, etc. Prestamos servicios en diferentes idiomas, atendiendo para el 2020-2026 un total de 206, 466 llamadas en idiomas, distribuidas por año 36,273, 44,774, 19,281, 51,624, 54,514, 32,736 y 10,169 respectivamente. Evidencias: Estadísticas de emergencias	

5) Alcance de la revisión periódica realizada con los grupos de interés para supervisar sus necesidades cambiantes y el grado en que se cumplen. Por ejemplo, cuántos de los grupos de interés identificados participaron en la convocatoria para actualizar la información sobre sus necesidades y expectativas.	5- Son realizadas reuniones periódicas con las instituciones de repuestas donde son expuestas las mejoras y necesidades cambiantes, en esta se documentan el plan de acción para la implementación del cambio. Todos los grupos de interés han participado de manera activa en la actualización y levantamiento de sus necesidades y expectativas. Se realizan reuniones con las instituciones de respuesta para el año 2024 se realizaron 51 en 2025 se han realizado 48 reuniones y hasta mayo tenemos 20 reuniones. Para el levantamiento de las expectativas de los grupos de interés participaron todas las instituciones de respuestas principales y 10 instituciones de enlace, participaron los colaboradores y directivos de la institución. Evidencia: Mesas de trabajo, Minutas de reunión, encuestas e sondeo	
---	---	--

4. Resultados sobre el uso de la digitalización y los procedimientos de gobierno electrónico.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I) Participación ciudadana en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes.	La institución tiene su página web acorde con lo establecido tanto por las Normas establecidas por la OGTIC como de las DIGEIG, en este sentido tenemos publicadas las informaciones publicas relevantes de nuestra institución. Adicional hemos dado respuesta al 100% de las solicitudes recibidas a través de la Oficina de Acceso a la Información Pública durante el 2024 recibimos y respondimos en tiempo 21/21 y hasta mayo del 2025 hemos recibido y respondido a tiempo 18/18. Durante el	

	año 2024 hemos recibido 2 sugerencias y en 2025 y 2026 no hemos recibido sugerencias de los ciudadanos a través de los canales establecidos para estos fines. Evidencia: Página web, Estadísticas de la OAI, estadísticas de las quejas.	
2) Transparencia de las informaciones. Resultados de indicadores que se hayan establecido para medir las acciones implementadas por la transparencia.	Los indicadores medidos en torno a transparencia son indicadores que nos suministra el ente externo que es la DIGEIG, por lo que en términos de resultados estos son fidedignos y sin sesgo o manipulación. El Sistema 9-I-I es evaluado cada mes por el órgano rector en materia de transparencia. Dichas calificaciones son convertidas en un indicador interno de calidad. Asimismo, es medido por su apertura y puntualidad de datos publicados. Los resultados en promedio en 2021 son de 77.22%; en 2022 de 76.22 % y en el 2023 de 92%, en el 2024 de 97%, en el 2025 95.68% y en el año 2026 93.04%. Evidencia: evaluaciones de transparencia por la DIGEIG	

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

Considere lo que la organización ha logrado para satisfacer las necesidades y expectativas de su gente a través de los siguientes resultados:

Subcriterio 7.1. Mediciones de la percepción.

I. Resultados en relación con la percepción global de las personas, acerca de:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Opinión del personal respecto a:		
I) La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes y otros grupos de interés).	I- La institución realiza encuesta de percepción a los ciudadanos cuenta con el departamento de comunicaciones digital un personal que monitorea 24/7 las redes sociales, canales de YouTube. El nivel	

	de confianza de los servicios recibidos por los usuarios, es medido mediante las encuestas de satisfacción que son realizadas a los usuarios finales. Los resultados de credibilidad y confianza tienen unos resultados de 90%, 92%, 91%, 92% y 93% para los años 2022 al 2026 respectivamente Evidencia: Estadísticas de Encuesta de satisfacción	
2) Involucramiento de las personas de la organización en la de toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores.	2- Se realizaron talleres y reuniones donde participaron los colaboradores y los grupos de interés de ese momento, en esa reunión se llegó en consenso lo que es la Misión, Visión y valores del 9-I-I. Se han realizado encuestas referentes a las preferencias para ser tomadas en cuenta. Para esto se realizaron talleres y encuestas donde participaron 81 colaboradores de nivel de grupo ocupacional V y IV (Encargados y Directores y Supervisores) y 255 colaboradores de grupo I-IV (Auxiliares, técnicos, profesionales) Evidencia: Plan estratégico, registro de asistencia a reuniones, Sondeos Colaboradores, Sondeos Encargados y supervisores, Levantamiento directores, socializaciones de los procedimientos antes de la implementación del documento	
3) Participación de las personas en las actividades de mejora.	Se realizan reuniones con los temas de mejoras continuas con la finalidad de dar participación a todos los involucrados aplicables. Se documentó el procedimiento de Gestión de sugerencias internas, donde el colaborador puede hacer recomendaciones de mejoras a los procesos. Se han recopilado las sugerencias para los años 2019 hasta mayo del 2026 sugerencias para el año 398, 289, 382, 395, 263, 461, 283, y 66 respectivamente. De estas, se han aceptado 240 en los últimos tres años, de las cuales 96 fueron	

	implementadas en 2024, 49 en 2025 y 7 en 2026. Las restantes se encuentran en proceso de implementación. Evidencias: Procedimientos, Matriz de sugerencias, publicaciones mensuales de sugerencias	
4) Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	4- Se realizan charlas, campañas referentes al conflicto de interés y se socializa con toda la institución el código de ética institucional y sus posibles implicaciones. No se han reportado conflictos de interés desde los años 2023 al 2026. Evidencias: Inducción al personal, correos y campañas relacionadas. Documentación del Comité de Integridad Pública	
5) Mecanismos de retroalimentación, consulta y dialogo y encuestas sistemáticas del personal.	5- Las personas tienen acceso a buzones de sugerencias donde son evaluadas y tomadas en cuenta, además existe un buzón de ética donde pueden hacer sus denuncias o recomendaciones respecto a lo establecido referente a la ética. Cada dos años se realiza la encuesta de clima laboral, donde los colaboradores pueden expresar su nivel de conformidad. Se realizan también encuestas de servicios de transportación la cual se realiza semestral cuyos resultados para los años 2022-2025 63%, 73%, 88%, 84% respectivamente, de servicios generales para los años 2024-2025 tiene una satisfacción 84%, 80% respectivamente, para los servicios de conserjería de 77%, 76% respectivamente, servicios de GIS un 100% para el año 2025, Servicios de comunicación con unos resultados de 2022-2025 de 87%, 82%, 82% y 77% respectivamente. Evidencias: Buzones, Código Ética, Sugerencias, reportes de encuestas de satisfacción internas.	
6) La responsabilidad social de la organización.	6- La institución realiza actividades sociales como Tapitas X quimio en 2024, 2025 y continua en 2026.	

	Evidencias: fotos, listado de personal participante. Informe de Responsabilidad y Acción Social	
7) La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	La institución está en constante búsqueda de las mejores tecnologías y prácticas para la innovación. En este sentido en el año 2023-2026 se implementaron mejoras en la cartografía, en la geolocalización de los eventos, entre otras tecnologías. Evidencias: Listado de software implementado para la gestión de procesos internos, Geolocalizador, app ruta rápida, entre otros.	
8) El impacto de la digitalización en la organización.	La institución ha reducido el uso diario de papel en la gestión habitual, agilización de los trámites y reducción de tiempo en las aprobaciones. Se han digitalizado 1,030 en 2024, 1,053 en 2025 y hasta mayo del 2026, 289 digitalizaciones. Se implementó el Dashboard para manejos de quejas y sugerencias internas mediante un código QR. Evidencias: Intranet, aplicaciones: Indicadores, gestión de cambios, encuestas, Manejo de Quejas Reclamos y Sugerencias, Dashboard de quejas y sugerencias internas, entre otras	
9) La agilidad de la organización.	La organización se adapta de manera rápida a los cambios, en solo seis meses se han realizado diferentes innovaciones que apuntan a la gestión de las funciones principales y misionales, así como a las administrativas. Para los años 2024 y 2025 se realizaron 63 y 68 cambios tecnológicos respectivamente. Asimismo, hasta mayo del 2026 se han realizado 22 cambios tecnológicos. Para los cambios operacionales del Sistema de Gestión de calidad se tienen 13 en 2024, 27 en 2025 y 12 hasta mayo en 2026. Evidencias: Intranet, aplicaciones: Indicadores, gestión de cambios, encuestas, Manejo de Quejas	

	Reclamos y Sugerencias, entre otras. Matriz de Cambios de RFC y Matriz de Cambios operacionales.	
--	--	--

2. Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión, respecto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Opinión del personal respecto a:		
1) La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo, estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	1- Los altos y medios directivos anualmente establecen un Plan Operativo Anual que es la traducción y operativización del Plan estratégico institucional, estableciendo de esta forma indicadores que le permiten dar seguimiento oportuno al cumplimiento de la estrategia. El cumplimiento del POA para el año 2024 fue de 99% cuya meta establecida era un 80%, para el 2025 97% y 100% para el primer trimestre del 2026. Evidencia: POA, PEI	
2) El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	2-La institución ha diseñado un mapa de procesos acorde con la función de la institución conferida en la ley 187 y en su reglamento de aplicación decreto 293-20, además de alineado a la estrategia. Actualmente están documentados todos los procesos misionales y se han levantado los procesos de apoyo y estratégicos. Para el año 2024 se actualizaron 181 documentos del SGC, para el año 2025 se actualizaron 139 y para el 2026 se han actualizado 56, se encuentran 28 en proceso de actualización y 26 fueron evaluados y no requieren ser evaluados. Evidencia: Mapa de Procesos y Procedimientos. Matriz de Estatus de documentos SGC	
3) El reparto de tareas y el sistema de evaluación del desempeño de las personas.	3- Las funciones de las personas están definidas en la descripción de puestos y manual de cargos, sin	

	embargo, anualmente se realizan unos acuerdos de desempeños en los cuales se le establece las metas que debe el colaborador cumplir para el año siguiente. Evidencia: Acuerdos de desempeño, descripción de puestos y manual de cargos.	
4) La gestión del conocimiento.	La institución gestiona el conocimiento de manera tal que ese conocimiento necesario para la consecución de las funciones de la institución permanezca aun cuando se pierdan colaboradores valiosos. Esa gestión del conocimiento táctico y explícito, se realiza por medio de capacitaciones, inducción al puesto cuando son nuevos colaboradores, socializaciones, documentación en los procedimientos e instructivos. Los colaboradores que reciben cierto tipo de capacitación deben de realizar una transferencia. Adicional a esto se registran las lecciones aprendidas de proyectos o que son identificadas a través de los procesos y son puestas a disposición de los colaboradores. Evidencias: Política de Gestión del Conocimiento FO-DRH-EDC-14 Formulario de Transferencia del conocimiento.	
5) La comunicación interna y los métodos de información.	La institución tiene definida los procedimientos de comunicación interna de la institución, en estos se especifica el procedimiento a seguir para gestionar y los responsables de la misma. Adicional a esto, se ha realizado una matriz de comunicación donde se detalla a quién, cómo, quién, cuándo, cuál información comunicar. En este sentido existen diferentes productos de comunicación tales como informaciones generales, circulares, informaciones	

	de cambio y actualización de procedimientos, campañas de comunicación entre otros. Evidencias: Políticas de comunicaciones, Matriz de comunicaciones. Cantidad de comunicaciones realizadas	
6) El alcance y la calidad con que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	6- Se realiza reconocimiento al personal de acuerdo con sus resultados en el desempeño. Fueron premiadas a través de correos institucionales. Las áreas de operaciones y calidad anualmente premian su equipo de acuerdo a los resultados anuales. Se reconocieron 1,306 colaboradores debido a su alta calificación en la evaluación del desempeño institucional, se premiaron tres direcciones en el año 2024 la Dirección de Comunicaciones, Dirección de Radiocomunicación y Dirección Jurídica, por la gestión de indicadores, gestión de acciones correctivas y dirección del año respectivamente. Se premiaron 22 colaboradores de la operación y calidad por su alto desempeño en calidad y productividad para el año 2024. Se realizaron menciones de honor a 4 colaboradores de las áreas de apoyo por su gestión y contribución institucional para ese mismo periodo. Evidencias: Listado de ganadores, fotos, correos.	
7) El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	7- Los procesos son innovados basado en las necesidades, mejoras y cambios que presenta ya sea en el mercado o en la institución. Para los años 2024 y 2025 se realizaron 63 y 68 cambios tecnológicos respectivamente. Asimismo, hasta mayo del 2026 se han realizado 22 cambios tecnológicos. Para los cambios operacionales del Sistema de Gestión de calidad se tienen 13 en 2024, 27 en 2025 y 12 hasta mayo en 2026.	

	Evidencia: Solicitud de Cambios RFC, Matriz de cambios operacionales.	
--	---	--

3. Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora								
Opinión del personal respecto a:										
1) El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	1- El ambiente del trabajo es manejado según la gravedad del conflicto, en una primera fase el encargado o supervisor del colaborador maneja con su personal, cuando el caso amerita la intervención de RRHH, relaciones laborales, se solicita como mediador a la solución. La institución una vez que se abre una vacante busca internamente en los colaboradores y se publican vía correo electrónico y en los murales. Como resultado en la última encuesta de clima laboral realizada se valora en un 84% la satisfacción general de la institución. Evidencias: Resolución de conflictos, Concursos internos y promociones resultados de Encuesta de Clima Laboral									
2) El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	2-Los horarios fueron diseñados enfocado a las horas laborables permitidas según la ley, contamos con horarios flexibles, son tomadas como válidas las Licencias médicas. Las solicitudes de permisos, permisos especiales para fines de estudios. Existen diferentes horarios: 7 am- 3pm, 3 pm – 11 pm, 11 pm – 7 am, 7:30 am – 3:30 pm, 9 am – 5 pm. Rangos de servicios de 12 horas para los militares y algunos horarios especiales para algunas áreas específicas. Los permisos se desglosan a continuación: <table><tr><th>Tipo</th><th>2024</th><th>2025</th><th>Total</th></tr><tr><td>Para Atender Actividades Docentes</td><td>14</td><td>28</td><td>42</td></tr></table>	Tipo	2024	2025	Total	Para Atender Actividades Docentes	14	28	42	
Tipo	2024	2025	Total							
Para Atender Actividades Docentes	14	28	42							

	<table><tr><td>Permiso</td><td>677</td><td>390</td><td>1067</td></tr><tr><td>Permiso Médico</td><td>398</td><td>386</td><td>784</td></tr><tr><td>Muerte, enfermedad o accidente grave de familiar</td><td>82</td><td>87</td><td>169</td></tr><tr><td>Permiso para cursar estudios de tiempo parcial</td><td>17</td><td>14</td><td>31</td></tr><tr><td>Permiso Pediátrico</td><td>104</td><td>111</td><td>215</td></tr><tr><td>Permiso por cumpleaños</td><td>890</td><td>1022</td><td>1912</td></tr><tr><td>Permiso por haber laborado día feriado</td><td>489</td><td>702</td><td>1191</td></tr><tr><td>Permiso por nacimiento de hijo</td><td>5</td><td>6</td><td>11</td></tr><tr><td>Requerimientos Judiciales o Legislativos</td><td>9</td><td>5</td><td>14</td></tr></table> En total 2685 para el 2024 y 2751 para el 2025. Con respecto a las licencias médicas: <table><tr><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>Total</th></tr><tr><td>1568</td><td>1288</td><td>630</td><td>3486</td></tr></table> Evidencia: Procedimiento de Reclutamiento, selección y contratación de personal, Estadísticas de Permisos, vacaciones y licencias, Procedimiento de Vacaciones, Licencias y Permisos	Permiso	677	390	1067	Permiso Médico	398	386	784	Muerte, enfermedad o accidente grave de familiar	82	87	169	Permiso para cursar estudios de tiempo parcial	17	14	31	Permiso Pediátrico	104	111	215	Permiso por cumpleaños	890	1022	1912	Permiso por haber laborado día feriado	489	702	1191	Permiso por nacimiento de hijo	5	6	11	Requerimientos Judiciales o Legislativos	9	5	14	2024	2025	2026	Total	1568	1288	630	3486	
Permiso	677	390	1067																																											
Permiso Médico	398	386	784																																											
Muerte, enfermedad o accidente grave de familiar	82	87	169																																											
Permiso para cursar estudios de tiempo parcial	17	14	31																																											
Permiso Pediátrico	104	111	215																																											
Permiso por cumpleaños	890	1022	1912																																											
Permiso por haber laborado día feriado	489	702	1191																																											
Permiso por nacimiento de hijo	5	6	11																																											
Requerimientos Judiciales o Legislativos	9	5	14																																											
2024	2025	2026	Total																																											
1568	1288	630	3486																																											
3) El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	3- La Institución utiliza la estrategia de oportunidad de crecimiento interno, una vez que se abre una vacante se busca internamente en los colaboradores mediante la publicación vía correo electrónico y en los murales. Cantidad de colaboradores por sexo y PSAP <table><tr><th>PSAP/Se</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th></tr><tr><td>xo</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	PSAP/Se	2024	2025	2026	xo																																								
PSAP/Se	2024	2025	2026																																											
xo																																														

	<table><tr><td>Zona Metro</td><td>908</td><td>1133</td><td>1158</td></tr><tr><td>F</td><td>454</td><td>524</td><td>533</td></tr><tr><td>M</td><td>454</td><td>609</td><td>625</td></tr><tr><td>Zona Norte</td><td>585</td><td>615</td><td>1017</td></tr><tr><td>F</td><td>249</td><td>247</td><td>634</td></tr><tr><td>M</td><td>336</td><td>368</td><td>383</td></tr><tr><td>Total</td><td>1493</td><td>1748</td><td>2175</td></tr></table> Evidencia: Procedimiento Reclutamiento, Selección y Contratación, procedimiento de Evaluación del desempeño	Zona Metro	908	1133	1158	F	454	524	533	M	454	609	625	Zona Norte	585	615	1017	F	249	247	634	M	336	368	383	Total	1493	1748	2175	
Zona Metro	908	1133	1158																											
F	454	524	533																											
M	454	609	625																											
Zona Norte	585	615	1017																											
F	249	247	634																											
M	336	368	383																											
Total	1493	1748	2175																											
4) Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	4-La institución asegura las buenas condiciones tanto ambientales como de salud, mediante una estructura adecuada para el desarrollo de los empleados, seguro médicos, contamos con una enfermería para el uso de los colaboradores, campañas de vacunación interna. Se han realizado 57 actividades para dar cumplimiento al Plan de Salud y Prevención de Riesgos entre 2024, 2025 y hasta mayo 2026, en este mismo periodo se han realizado 28 reuniones del Comité de SISTAP, el mismo fue reestructurado a inicios del año 2024. Evidencia: Registros de las campañas vacunación, área de enfermería, condiciones físicas de la institución, conformación del comité SISTAP, Plan de Seguridad y Salud en el trabajo.																													

4. Resultados relacionados con la percepción del desarrollo de la carrera y habilidades profesionales, en cuanto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Opinión del personal respecto a:		

1) Desarrollo sistemático de la carrera y las competencias.	1- El personal ha crecido de manera horizontal y vertical, durante el año 2024 se promovieron 42 colaboradores, 39 en el 2025 y 11 hasta mayo del 2026. Evidencia: Estadísticas de Promociones y ascensos de RRHH	
2) Motivación y empoderamiento.	2- Está establecido en las descripciones de puesto los niveles de decisiones que tiene cada puesto, los retos específicos y funciones los cuales debe el colaborador empoderarse, esto se les motiva desde que es contratado. Se realizan diferentes actividades de motivación al personal. Evidencias: descripciones de puesto. Evidencias de actividades de motivación.	Concluir con el manual de cargos.
3) El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	3- Anualmente se hace un plan de capacitaciones donde se contemplan las capacitaciones de todo el personal de acuerdo a las necesidades específicas para su puesto. Para el 2024: Actividades Programadas : 42 y actividades Realizadas : 10 y cantidad de Colaboradores impactados : 200. Para el año 2025: Actividades Programadas : 17, Actividades Realizadas : 17 y Colaboradores impactados: 869 Para el año 2026 (hasta mayo 2026): Actividades Programadas : 10, Actividades Realizadas : 5 y Colaboradores impactados: 78 Evidencia: Plan de Capacitaciones	

Subcriterio 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
----------	----------------	-----------------

Documento Externo
SGC-MAP

	(Detallar Evidencias)	
1) Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo, nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, etc.).	1- Fueron documentados los procedimientos de RRHH, donde se estipulan los indicadores de nivel de absentismo, índice de rotación y fueron colocados buzones de quejas y sugerencias para que los empleados puedan remitir sus recomendaciones /quejas. El porcentaje rotación de la institución se maneja por debajo del 5% para los años 2020-2024, siendo esto mejor que el estándar para centros de contacto que maneja entre un 20-30 por ciento. Los indicadores de enfermedades han bajado desde el año 2020 al 2026 aproximadamente 5%. Evidencia: Matriz de Gestión de sugerencias, informe mensual de indicadores de RRHH	
2) Nivel de participación en actividades de mejora.	2- Una vez es identificada una mejora la misma es discutida con el personal aplicable, en el caso de que se requiera ser registra como un proyecto es formado un equipo de trabajo, el cual participa en el proyecto hasta la implementación Evidencia: Proyecto registrado, Acciones correctivas y preventivas identificadas en las auditorías internas de calidad.	
3) El número de dilemas éticos (por ejemplo, posibles conflictos de intereses) reportados.	3- Los dilemas éticos son reportados a la comisión de integridad gubernamental, la cual investiga y hacer recomendaciones a la Dirección Ejecutiva del Sistema. Evidencias: denuncias recibidas.	
4) La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	4- La institución anualmente planifica las actividades tendentes a responsabilidad social para la cual sus colaboradores participan de manera voluntaria. Con la finalidad de continuar contribuyendo a esta causa, hemos realizados jornadas y operativos que responden a las acciones de tipo social, entre las cuales podemos mencionar	

	Tapitas X quimio en 2024, 2025 y seguimos en 2026. Es una iniciativa de la Fundación Amigos Contra el Cáncer Infantil que busca recoger todas las tapitas plásticas con el fin de cambiarlas por quimioterapias para niños que padecen esta enfermedad, nosotros como institución nos hemos unido a través del programa, motivando a nuestros colaboradores para que sumen a esta causa. Se realizó una encuesta en el 2025 para saber el personal que estaría dispuesto a participar en actividades de responsabilidad social y el 48% indicó que les gustaría y un 28% se mantuvo neutro. Evidencia: registros/imágenes de participación de las diferentes actividades, Informe de responsabilidad y acción social.	
5) Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los ciudadanos/clientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al ciudadano/ cliente, número de quejas de los ciudadanos/clientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).	5-Existen indicadores relacionadas a la atención al usuario, tanto individual como global, se toman en cuenta las quejas asociadas al trato recibido y se realizan planes de mejoras a partir de estos, estas quejas afectan de manera negativa los resultados de desempeño de los colaboradores de los que son objetos las quejas. En el año 2025 se dedicaron 69 horas de formación en servicio y atención al cliente y 30 horas en lo que va de 2026. En la encuesta de satisfacción se mide el trato dado por los operadores a los usuarios del servicio y su calificación para los últimos 6 años ha sido por encima de 95%, esto está comprometido en la carta compromiso. Adicional a esto en la evaluación de calidad del servicio de los operadores se mide el desempeño en la gestión telefónica donde se miden diariamente estos aspectos cuyos resultados han sido por encima de 90%. Evidencias: fichas de quejas de Recepción, Encuesta de satisfacción.	

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1) Indicadores relacionados con el rendimiento individual (por ejemplo, índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	1- Se realiza anualmente una evaluación de desempeño del personal de manera individual. Cuyo resultado de cantidad de personal evaluado es de 1256, 1194, 1333, 1267, 1465, 1595, 1685 y 1692 para los años 2019 al 2025 respectivamente, de estos últimos 1306 tuvieron resultados sobresalientes, es decir el 77%. Evidencia: Evaluaciones de desempeño	
2) Indicadores sobre el uso de herramientas digitales de información y comunicación.	2- La prestación del servicio es por medio del uso de tic avanzadas, para esto el personal es capacitado. Se entregaron 164 accesorios tecnológicos en 2025 y 25 en lo que va de 2026. Para el año 2025 y hasta mayo de 2026 se entregaron 113 y 43 laptops, respectivamente. Se cuenta con un total de 273 laptops y 474 estaciones de trabajo, estas últimas son utilizadas en las tres tandas por el personal en diferentes horarios. Evidencias: Listado de Software, inducción al personal.	
3) Indicadores relacionados con el desarrollo de las capacidades y/o habilidades. Por ejemplo, tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas.	3- Se han creado indicadores relacionados a las capacidades del personal atendiendo al cumplimiento del plan de capacitación. Resultados de entrenamientos, entre otros. En el rol de coordinación de la Dirección Ejecutiva del Sistema, se realizaron entrenamientos al personal de despacho de las instituciones de respuesta en lo relacionado con la atención de emergencias, protocolos y sistemas informáticos. Fueron capacitados 261, 165, 713, 200 y 599 para ambos PSAP en los años 2021 a 2025 respectivamente.	

	Por otra parte, se efectuaron inducciones al personal de respuesta del Sistema 9-1-1 que pernocta en cada ciudad de cobertura. Fueron capacitados 2940, 1055, para los años 2021 y 2022 respectivamente Evidencias: Plan de capacitaciones.	
4) Frecuencia y tipo de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	4-Anualmente es reconocido el personal de la operación tomando en cuenta sus resultados de productividad, calidad y de ética y disciplina. Premiaciones o reconocimientos anuales: Colaborador de Recepción Colaboradores de Despacho Colaborador de Videovigilancia Colaborador de monitoreo Colaboradores con resultados excelentes en la evaluación de desempeño Evidencia: resultados de reconocimientos.	

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Considerar lo que la organización está logrando con respecto a su responsabilidad social, a través de los resultados siguientes:

Subcriterio 8.1. Mediciones de percepción, respecto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Opinión de la sociedad respecto a:		

1) Impacto de la organización en la calidad de vida de los ciudadanos/ clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria (charlas, ferias y jornadas de salud) apoyo financiero o de otro tipo a las actividades y eventos deportivos, culturales o sociales, participación en actividades humanitarias.	I -Mediante la realización de las encuestas de percepción global del sistema realizadas a los usuarios finales, es evaluada el impacto del funcionamiento de la institución. Esta pregunta asociada a la credibilidad y confianza se comenzó a medir a partir el año 2022, con resultados de 91% en 2024, 92% en 2025 y 93% hasta mayo de 2026. Adicional a esto la Institución realiza charlas en las escuelas y visitas guiadas en la institución para que conozcan el uso correcto del Sistema 9-I-I Se realizaron para el 2024 30 charlas o recorridos, 4 en 2025 y 17 hasta mayo 2026. Evidencia: Estadísticas de los Resultados de las encuestas, cantidad de charlas educativas, visitas y recorridos.	
2) La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local /global y con relación a la sostenibilidad; por ejemplo, con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).	2-La organización está implementando la compra sostenible. La institución ha establecido política para mantener el cuidado de medio ambiente en concordancia con la naturaleza de sus operaciones, tales como: Adquisición de baterías que ayuden a la protección del medio ambiente, digitalización de documentos y procesos administrativos, recolección de tapitas plásticas para donación, utilización de productos biodegradables y uso eficiente del agua y recursos energéticos. Evidencia: PR-DRH-RLB-06 Procedimiento de Responsabilidad Social del Sistema 9-I-I.	
3) Acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja o con necesidades especiales, actividades culturales abiertas al público, préstamo de instalaciones, etc.	3- La institución ha realizado actividades de responsabilidad social, tiene puertas abiertas para las solicitudes de conocimiento de la institución y sus operaciones. Toda la atención del Sistema se cumple un sentido de universalidad. Evidencias: visitas guiadas, charlas educativas, actividades realizadas.	

4) El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país, incluyendo, la toma de decisiones sobre la seguridad, movilidad y otros.	4-El Impacto económico puede ser verificado con la reducción del gasto de los servicios de emergencias, que se brindan de manera gratuita a la ciudadanía, sin costo de la llamada, ni de la atención.	
5) El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura, la integridad y la igualdad.	5- La institución, ha participado en conferencias en diversos medios apoyando la democracia, la transparencia y el comportamiento ético. Hemos apoyado al Departamento de Seguridad de la OEA en la creación de un documento guía para la implantación de sistemas de emergencias liderado por la OEA. La institución ha realizado charlas educativas en distintos puntos del país para fortalecer y educar a la población estudiantil sobre el uso correcto del Sistema 9-1-1, proporcionando así información útil ante eventos adversos a fin de salvaguardar la vida. También fueron realizadas visitas guiadas en la institución para que la ciudadanía conozcan el funcionamiento y uso correcto del Sistema 9-1-1. Además, se reciben visitas de medios masivos impresos, digitales, televisivos, radiales, prensa especializada, líderes de opinión e influencers Evidencia: Documento OEA, reportes de los medios de comunicación.	
6) El impacto de la organización en la sostenibilidad medioambiental, incluido el cambio climático.	6- Como parte de las acciones de responsabilidad social, la institución realizó jornadas de reforestación y de limpieza en distintas zonas del país con el fin de evitar la propagación del dengue y otras enfermedades. Asimismo, se realizaron labores de saneamiento de playas, recogida de basura en la capital, así como recolección de comida y otros insumos básicos para los asilos. De igual forma, la institución se sumó a la campaña	

	“tapitas por quimio” en apoyo a la Fundación Amigos contra el Cáncer Infantil. Se han realizado Evidencia: Fotos y publicaciones, Informe de Responsabilidad Social	
7) Opinión pública general sobre la accesibilidad y transparencia de la organización y su comportamiento ético (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).	7- Como parte de la mejora continua, se incorporó en las encuestas de satisfacción la medición de la credibilidad y transparencia para conocer la percepción de los ciudadanos en estos aspectos, con resultados de 91% en 2024, 92% en 2025 y 93% hasta mayo de 2026, lo cual constituye una buena base para establecer mejoras internas que incrementen la valoración de los usuarios. Evidencia: Encuesta de Satisfacción.	

Subcriterio 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional.

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I) Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas).	I- La institución ha establecido medidas tendentes al reciclaje como no uso de desechables, reducción de uso de papel, uso de equipos que puedan ser reciclados, ahorro energético, ahorro del agua, entre otros. La institución ha establecido política para mantener el cuidado de medio ambiente en concordancia con la naturaleza de sus operaciones, tales como: Adquisición de baterías que ayuden a la protección del medio ambiente, digitalización de documentos y procesos administrativos, recolección de tapitas plásticas para donación, utilización de productos biodegradables y uso eficiente del agua y recursos energéticos. Evidencia: PR-DRH-RLB-06 Procedimiento de Responsabilidad Social del Sistema 9-I-I	

2) Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	2- La institución establece relaciones con las instituciones pertinentes y con estas se tiene unos niveles de servicios los cuales son medidos periódicamente para ver su nivel de cumplimiento. En el marco del nuevo PEI 2025-2028 se establecieron nuevos indicadores que fueron creados y estarán siendo medidos a partir de este año 2026. Evidencia: Resultados de SLA's	
3) Grado e importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	3- Se mide mensualmente el índice de favorabilidad del Sistema 9-1-1 lo que permite que se pueda tomar medidas de mejora y se puedan manejar las crisis que surjan de una manera más efectiva. Existe una matriz de clipping donde se ve el nivel de positividad. Evidencia: Matriz de clipping	
4) Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: tipos de programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).	4- Al momento de la selección y reclutamiento externo, la institución no descarta al solicitante por tener diferencias étnicas o de nacionalidad u otro tipo de diversidad. Evidencias. Estadísticas de personal contratado de diferentes nacionalidades	
5) Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	5- La institución ha participado en la elaboración de la guía de implantación de sistemas de emergencias, avalado por la OEA de manera filantrópica. La encargada de calidad es parte de los evaluadores del premio nacional de calidad y del premio iberoamericano de la calidad de manera filantrópica. El equipo de calidad 4 colaboradores son evaluadores del premio nacional de la calidad del sector público, y del PRECE. Se ha participado en el congreso de Drones, colaboraciones con KOICA y con diversos países para intercambios de	

	conocimientos como Puerto Rico, Honduras, Ecuador, entre otros.																																																																					
6) Intercambio productivo de conocimientos e información con otros (número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales, benchmarking, otros).	6- Colaboradores de la institución han participado en intercambios de conocimientos, en conferencias, charlas, capacitaciones Evidencias: Participación de los colaboradores,																																																																					
7) Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los ciudadanos/clientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	7- La institución posee un plan de riesgos para salud ocupacional, fue una división de bienestar laboral, en la cual se están desarrollando programas para la prevención de la salud. Cantidad de actividades realizadas: <table><tr><th rowspan="2">Tipo de Actividad</th><th colspan="4">Cantidad de actividades realizadas</th></tr><tr><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>Total</th></tr><tr><td>Actividad integración</td><td>4</td><td>2</td><td></td><td>6</td></tr><tr><td>Charla prevención violencia</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td>1</td></tr><tr><td>Charlas Prevención de riesgos</td><td>1</td><td>5</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>Charlas sobre Salud</td><td>9</td><td>8</td><td>8</td><td>25</td></tr><tr><td>Donación de Sangre</td><td>3</td><td>0</td><td></td><td>3</td></tr><tr><td>Jornada de alimentos (INESPRE)</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td>1</td></tr><tr><td>Jornadas informativas de AFP/ARS</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td>1</td></tr><tr><td>Jornadas médicas</td><td>17</td><td>8</td><td></td><td>25</td></tr><tr><td>Tapitas x Quimio</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td>2</td></tr><tr><td>Total</td><td>38</td><td>24</td><td>10</td><td>72</td></tr></table> Cantidad de colaboradores impactados por actividad <table><tr><th rowspan="2">Tipo de Actividad</th><th colspan="4">Cantidad de colaboradores impactados</th></tr><tr><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>Total</th></tr></table>	Tipo de Actividad	Cantidad de actividades realizadas				2024	2025	2026	Total	Actividad integración	4	2		6	Charla prevención violencia	1	0		1	Charlas Prevención de riesgos	1	5	2	8	Charlas sobre Salud	9	8	8	25	Donación de Sangre	3	0		3	Jornada de alimentos (INESPRE)	1	0		1	Jornadas informativas de AFP/ARS	1	0		1	Jornadas médicas	17	8		25	Tapitas x Quimio	1	1		2	Total	38	24	10	72	Tipo de Actividad	Cantidad de colaboradores impactados				2024	2025	2026	Total	
Tipo de Actividad	Cantidad de actividades realizadas																																																																					
	2024	2025	2026	Total																																																																		
Actividad integración	4	2		6																																																																		
Charla prevención violencia	1	0		1																																																																		
Charlas Prevención de riesgos	1	5	2	8																																																																		
Charlas sobre Salud	9	8	8	25																																																																		
Donación de Sangre	3	0		3																																																																		
Jornada de alimentos (INESPRE)	1	0		1																																																																		
Jornadas informativas de AFP/ARS	1	0		1																																																																		
Jornadas médicas	17	8		25																																																																		
Tapitas x Quimio	1	1		2																																																																		
Total	38	24	10	72																																																																		
Tipo de Actividad	Cantidad de colaboradores impactados																																																																					
	2024	2025	2026	Total																																																																		

	<table><tr><td>Actividad integración</td><td>531</td><td>300</td><td></td><td>831</td></tr><tr><td>Beneficios pagados</td><td>57</td><td></td><td></td><td>57</td></tr><tr><td>Charla prevención violencia</td><td>81</td><td></td><td></td><td>81</td></tr><tr><td>Charlas Prevención de riesgos</td><td>92</td><td>436</td><td>132</td><td>660</td></tr><tr><td>Charlas sobre Salud</td><td>529</td><td>945</td><td>690</td><td>2164</td></tr><tr><td>Donación de Sangre</td><td>65</td><td></td><td></td><td>65</td></tr><tr><td>Jornada de alimentos (INESPRE)</td><td>150</td><td></td><td></td><td>150</td></tr><tr><td>Jornadas informativas de AFP/ARS</td><td>52</td><td></td><td></td><td>52</td></tr><tr><td>Jornadas médicas</td><td>1919</td><td>816</td><td></td><td>2735</td></tr><tr><td>Total</td><td>3476</td><td>2497</td><td>822</td><td>6795</td></tr></table> Evidencias: Informe de Responsabilidad Social etc.	Actividad integración	531	300		831	Beneficios pagados	57			57	Charla prevención violencia	81			81	Charlas Prevención de riesgos	92	436	132	660	Charlas sobre Salud	529	945	690	2164	Donación de Sangre	65			65	Jornada de alimentos (INESPRE)	150			150	Jornadas informativas de AFP/ARS	52			52	Jornadas médicas	1919	816		2735	Total	3476	2497	822	6795					
Actividad integración	531	300		831																																																				
Beneficios pagados	57			57																																																				
Charla prevención violencia	81			81																																																				
Charlas Prevención de riesgos	92	436	132	660																																																				
Charlas sobre Salud	529	945	690	2164																																																				
Donación de Sangre	65			65																																																				
Jornada de alimentos (INESPRE)	150			150																																																				
Jornadas informativas de AFP/ARS	52			52																																																				
Jornadas médicas	1919	816		2735																																																				
Total	3476	2497	822	6795																																																				
8) Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo, informe de sostenibilidad/procura del medio ambiente, reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día, política de residuos y de reciclaje contribución al desarrollo social con acciones que sobrepasen la misión de la institución).	Las actividades de Responsabilidad Social realizadas son <table><tr><th rowspan="2">Tipo de Actividad</th><th colspan="4">Cantidad de actividades realizadas</th></tr><tr><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>Total</th></tr><tr><td>Charla prevención violencia</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td>1</td></tr><tr><td>Charlas Prevención de riesgos</td><td>1</td><td>5</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>Charlas sobre Salud</td><td>9</td><td>8</td><td>8</td><td>25</td></tr><tr><td>Donación de Sangre</td><td>3</td><td>0</td><td></td><td>3</td></tr><tr><td>Jornada de alimentos (INESPRE)</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td>1</td></tr><tr><td>Jornadas informativas de AFP/ARS</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td>1</td></tr><tr><td>Jornadas médicas</td><td>17</td><td>8</td><td></td><td>25</td></tr><tr><td>Tapitas x Quimio</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td>2</td></tr><tr><td>Total</td><td>34</td><td>22</td><td>10</td><td>66</td></tr></table> Cantidad de Personas impactadas	Tipo de Actividad	Cantidad de actividades realizadas				2024	2025	2026	Total	Charla prevención violencia	1	0		1	Charlas Prevención de riesgos	1	5	2	8	Charlas sobre Salud	9	8	8	25	Donación de Sangre	3	0		3	Jornada de alimentos (INESPRE)	1	0		1	Jornadas informativas de AFP/ARS	1	0		1	Jornadas médicas	17	8		25	Tapitas x Quimio	1	1		2	Total	34	22	10	66	.
Tipo de Actividad	Cantidad de actividades realizadas																																																							
	2024	2025	2026	Total																																																				
Charla prevención violencia	1	0		1																																																				
Charlas Prevención de riesgos	1	5	2	8																																																				
Charlas sobre Salud	9	8	8	25																																																				
Donación de Sangre	3	0		3																																																				
Jornada de alimentos (INESPRE)	1	0		1																																																				
Jornadas informativas de AFP/ARS	1	0		1																																																				
Jornadas médicas	17	8		25																																																				
Tapitas x Quimio	1	1		2																																																				
Total	34	22	10	66																																																				

Tipo de Actividad	Cantidad de colaboradores impactados			
	2024	2025	2026	Total
Beneficios pagados	57			57
Charla prevención violencia	81			81
Charlas Prevención de riesgos	92	436	132	660
Charlas sobre Salud	529	945	690	2164
Donación de Sangre	65			65
Jornada de alimentos (INESPRE)	150			150
Jornadas informativas de AFP/ARS	52			52
Jornadas médicas	1919	816		2735
Total	2945	2197	822	5964
Evidencias; Informe de responsabilidad social.				

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.
Considere los resultados logrados por la organización, en relación con lo siguiente:

Subcriterio 9.1. Resultados externos: servicios o productos y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I) Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos ofrecidos.	El Sistema 9-1-1 tiene cobertura en 25 provincias cubriendo un poco más del 92.25% de la población, desde el 2014 al 2026 hemos recibido 57,154,201 llamadas de las cuales son catalogadas y atendidas como emergencia 7,120,175 emergencias, estando en el top 5, Servicios relacionados con salud, y accidentes de tránsito. La institución realiza diariamente la encuesta de satisfacción de los usuarios del sistema cuya medición es mensual, se obtuvieron en satisfacción global los resultados para el año 2020 un 89%, en el 2021 88%, en el 2022 89%, en el 2023 en 88%, 2024 de 87%, 2025	

	de 90% y en lo que va del año 2026 es de 91% superando la meta de un 85%. El atributo de la velocidad para los años 2020 al 2026 su resultado fue 96%, en cada periodo respectivamente; el trato obtuvo 97%, 97%, 97%, 97%, 98% y 97% durante los años 2020-2026, y para el conocimiento los resultados para los años 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 y 2026 los resultados fueron 97%, 96%, 97%, 97%, 98%, 97% y 97% respectivamente. En términos de cobertura de radiocomunicaciones la institución ha alcanzado un 96.3% del territorio nacional desde el año 2014-2025. Evidencia: Resultados estadísticos	
2) Resultados en términos de “Outcomes” (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	3- El Sistema 9-1-1 tiene una cobertura en 26 provincias, donde se cubre un poco más del 92.25% de la población del territorio nacional. Toda la atención es gratuita sin ningún tipo de discriminación, o distinción y esto es un gran impacto a la sociedad. S han atendido del 204-2026 7,120, 175 emergencias, y se han atendido mas de 56 millones de llamadas. Evidencias: Dashboards de emergencias y de llamadas.	
3) Resultados de la evaluación comparativa (benchmarking) en términos de productos y resultados.	La organización ha realizado benchmarking de buenas prácticas con otras instituciones, el fin ha sido mostrar la gestión del centro de contactos y de calidad de las operaciones, una de estos ha sido con el Hospital Hugo Mendoza con los cuales hemos podido ver la implementación de buenas	

	prácticas aprendidas en su centro de contacto, con la Tesorería de la Seguridad Social, con la DGCP, Poder Judicial, entre otros. De estos se han implementado algunas buenas prácticas en la institución. Durante el año 2024 se realizaron 4 benchmarking en los cuales hemos compartido las buenas prácticas de las operaciones, centrándose principalmente en la gestión de operaciones, gestión de calidad y la tecnología. La institución funge como presidente del GTS, ambiente donde ha compartido a modo de buenas prácticas de atención a emergencias con diferentes países. Evidencia: Ver resultado de benchmarking, documentaciones del GTS.	
4) Grado de cumplimiento de contratos/acuerdos o convenios entre las autoridades y la organización.	4- El Sistema Nacional de Atención de Emergencia y Seguridad cumple con los acuerdos y contrataciones aprobados, según lo establecido en la ley. Evidencia: (acuerdos firmados) Contratos con organizaciones: las agencias, las fuerzas armadas, etc.	
5) Resultados de inspecciones o evaluaciones externas y auditorías de desempeño.	5-Anualmente son auditadas internamente las áreas de la Institución, elaborando un reporte de con los resultados donde se documentan los no cumplimientos, posterior a esto un Plan de acción es completado para los fines de seguimiento y ejecución. En los años 2018 al 2026 se han realizado seis auditorías externas. Se realizan anualmente auditorías internas de las cuales se subsanan los hallazgos. De la auditoría del año 2024 se encontraron 190 diferentes hallazgos de los cuales se ha cerrado el 75%, quedando pendiente algunas acciones que se han planificado en el POA y en el PACC en los diferentes trimestres.	

	Los resultados de Cumplimiento de NOBACI por año desde el 2023 al 2026 82.39%, 95.43%, 96.81% y 100% respectivamente. A partir del año 2023 fuimos incluidos en el piloto del indicador ICI obteniendo resultados de 95.41% para el 2024 y hasta 2025 hemos logrado un 95.14% Evidencia: Matriz de auditorías, Procedimientos de Gestión de auditorías, resultados de las auditorías, acciones correctivas implementadas, Plan de acción de seguimientos.	
6) Resultados de innovaciones en servicios/productos.	6- Durante el último año se han desarrollado y/o incorporado mejoras tecnológicas a los fines de fortalecer los procesos misionales de la institución, tales como mejoras en la búsqueda del geolocalizador de direcciones, enriquecimiento de la cartografía para que la búsqueda en el mapa sea más precisa, selector de unidades de emergencia que indica la unidad más próxima al evento, dotación de tabletas a las unidades de respuesta con la aplicación de ruta rápida, instalación de una plataforma tecnológica de Car Kit para 500 unidades vehiculares de la Policía Nacional con sistema de grabación simultánea de audio y video en tiempo real dentro/fuera del vehículo, así como mejoras en la precisión de las coordenadas para la ubicación de la emergencia Evidencias: Estadísticas	
7) Resultados de la implementación de reformas del sector público.	La organización a través de la gestión del cambio ha implementado las reformas del sector público. Para los cambios operacionales del Sistema de Gestión de calidad se tienen para el 2024 13, 29 para el 2025 y en el 2026 son 13, estos cambios son frutos de reformas o cambios	

	del sector pública siendo de la Dirección General de Compras y Contrataciones y la Dirección de Presupuesto en su mayoría. Evidencia: Matriz de Cambios operacionales.	
--	---	--

Subcriterio 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Eficiencia de la organización en términos de:		
1) Gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	1- A los fines de coordinar la efectiva la atención de las emergencias y para dar cumplimiento a la misión institucional, el Sistema 9-1-1 gestiona todos los recursos disponibles en los siguientes componentes: • Elabora, ejecuta y da seguimiento a los recursos financieros requeridos para cumplir las actividades del Plan Operativo Anual. • Contrata, capacita y evalúa anualmente a sus recursos humanos. • Adquiere y da mantenimiento a los equipos de videovigilancia y radiocomunicaciones, vehículos y equipos eléctricos requeridos para la prestación del servicio. • Gestiona incidencias en la infraestructura en la que se realizan los procesos de la organización. • Elabora y actualiza la información documentada del Sistema Gestión de Calidad y la pone a disposición en el Gestor Documental. • Utiliza herramientas tecnológicas para captar información y convertirla en datos que permitan la toma de decisiones basadas en evidencias objetivas.	
2) Mejoras e innovaciones de procesos.	2- Los procesos son mejorados anualmente, de esto se derivan la simplificación de los mismos, esto se deriva en documentos actualizados para el año 2020 se actualizaron 165, para el 2021, 258;	

	para el 2022, 169 y 275 para el 2023. Para el 2024 181 y para el 2025, 241 y en el año 2026 van 56 concluidos y 28 en proceso.	
3) Benchmarking/benchlearning internos o con otras organizaciones (análisis comparativo).	La organización ha realizado benchmarking de buenas prácticas con otras instituciones, el fin ha sido mostrar la gestión del centro de contactos y de calidad de las operaciones, una de estos ha sido con el Hospital Hugo Mendoza con los cuales hemos podido ver la implementación de buenas prácticas aprendidas en su centro de contacto. Con la DGCP, la TSS, entidades de emergencias de otros países. Para el año 2024 se realizó una matriz para poder tener la información a mano y poder presentar los resultados más específicos. En el año 2025 se han hecho 11 benchmarking con instituciones como Cuerpos de Bomberos DN, Comando C5i, Policía Nacional, O&M, entre otras. Hasta mayo del año 2026 se han realizado u, donde se destaca el INFOTEP, NVIDIA, REDPPOI, ente otras. Evidencia: Matriz de Benchmarking, publicaciones	
4) Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas, incluyendo las colaboraciones internas).	4- Con las alianzas con las agencias de respuestas y los acuerdos firmados se han cumplido en su totalidad. La institución ha cumplido el 100 % de los acuerdos interinstitucionales. Un ejemplo reciente son sitios de radio con los que cuenta la Dirección de Radiocomunicación y Planta Externa en Loma Busú y Loma La Naviza, localidades pertenecientes a EGEHID, para brindar cobertura de radio en las provincias de Barahona, Sánchez Ramírez y San Juan. Evidencias: Acuerdos de compromisos firmados, minutas de reuniones	

5) Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.).	El core de los servicios de la institución están soportados en base a la tecnología, permitiendo así la gestión efectiva y eficiente en materias de atención a las emergencias. En las operaciones administrativas en su mayoría están soportadas en plataformas tecnológicas permitiendo así que se reduzcan los tiempos de las operaciones, los costos y fortaleciendo el trabajo en conjunto de las áreas. Evidencias: Software de indicadores, Intranet, software de gestión de cambios, gestión de RRHH, Gestión Financiera, Gestión de Control de bienes, Gestión de Transportación, Gestión de correspondencias, entre otros.	
6) Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	6- Para la medición del funcionamiento de la Institución, son llevadas a cabo las auditorías internas de calidad a todos los departamentos. Anualmente se realiza al menos una auditoría interna a todos los procesos, esto. Una vez finalizado se elabora un plan de acción, de los resultados de la última auditoría se han cumplido el 75% Evidencias: Resultados de auditoria y monitoreos	
7) Resultados de reconocimientos. Por ejemplo: participación en concursos, premios y certificaciones del sistema de gestión de calidad u otros.	El Sistema ha recibido varios reconocimientos de la sociedad civil por la gestión en la Sede de Santiago, un premio de la Oficina Presidencial de Tecnología de la Información y Comunicaciones (OPTIC) en 2020 por contar más de cinco certificaciones NORTIC y el agradecimiento de la Expo Cibao por la participación en esta en 2018, reconocimiento por la gestión de la emergencia del JET SET, Reconocimiento a nuestra OAI en la Semana de la Ética 2024, reconocimiento a nuestro	

	Departamento de Análisis e Inteligencia de Videovigilancia 2024. Evidencias: Reconocimientos	
8) Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	8- Partiendo del Presupuesto anual asignado, la institución entra en el proceso donde cada Dirección identifica en el POA las proyecciones presupuestarias y financieras a ser ejecutadas basado en el monto correspondiente. En la ejecución del presupuesto para los años 2020 a 2025 se ejecutado el 65%, 89%, 74%, 85.6%, 96.62% respectivamente. Evidencia: Ejecución presupuestaria.	
9) Resultados relacionados al costo-efectividad (logros, resultados de impacto al menor costo posible).	9-El sistema está implementando tecnologías y mejoras al alcance de la institución que no conllevan costo adicional, por ejemplo, a través de acuerdos de cooperación como los de EGEHID, empresas telefónicas, entre otras. Evidencia: Resultados de los acuerdos.	

NOTA: Estos son ejemplos que aparecen en el “Modelo CAF”, son puntos de referencia en el proceso de autoevaluación. Las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios, incluyendo las propias, que pueden ser consideradas como parte de su autoevaluación, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.