GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

INFORME SEGUNDO SEMESTRE

PLAN DE MEJORA CAF

2026

JULIO- SEPTIEMBRE

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Ministro:
Dr. Víctor Elías Atallah Lajam

Directora de Planificación y Desarrollo:
Rosanna Arias Tejeda

Equipo:
Rocío Veras/ Enc. Calidad en la Gestión y Desarrollo Institucional
Leby Rodríguez/ Enc. División de Sistemas y Procesos
Ramona Muñoz / Analista de Calidad
Perla Liranzo / Analista de Calidad
Katherine Joa/ Analista de Calidad

Contenido

I. Introducción 4

II. Resumen general de la organización 5

III. Avances de Implementación del Plan de Mejora Institucional 2026 2do. Informe: 7

IV. Resumen Avance Cuantitativo del Plan de Mejora Institucional 2026 36

I. Introducción

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), en el marco del cumplimiento del Indicador 01 «Gestión de la Calidad y Servicios» del Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP)**,** presenta el Segundo Informe de Seguimiento del Plan de Mejora Institucional 2026, correspondiente al período julio-septiembre de 2026.

El Plan de Mejora Institucional, formulado a partir de los resultados de la autoevaluación realizada conforme a la metodología **CAF (Common Assessment Framework)**, contempla las acciones definidas para abordar las áreas de mejora identificadas, con la participación de la Dirección de Planificación y Desarrollo y las diferentes dependencias responsables de su ejecución.

A la fecha de elaboración del presente informe, el MISPAS ha alcanzado un **90%** de ejecución de las acciones previstas, evidenciando un avance significativo en la implementación del Plan de Mejora Institucional. En virtud de este nivel de cumplimiento, el presente informe consolida los resultados alcanzados y las evidencias disponibles, a los fines de su revisión y valoración por parte del Ministerio de Administración Pública (MAP), en el marco del seguimiento correspondiente al indicador.

El documento presenta el nivel de avance de las acciones por áreas de mejora y criterios CAF, así como las evidencias que sustentan los resultados reportados. Asimismo, identifica las acciones que permanecen en proceso y aquellas que requieren continuidad o fortalecimiento para completar su ejecución.

Con este seguimiento, el MISPAS reafirma su compromiso con la mejora continua, el fortalecimiento de la gestión institucional y la calidad de los servicios públicos ofrecidos a la ciudadanía**.**

II. Resumen general de la organización

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, es el organismo rector del sector sanitario en el país. Se encarga de fortalecer la sanidad pública, garantizar los servicios de salud de la población, garantizar el acceso equitativo a medicamentos y promover prácticas de salud colectiva.

Nombre:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (MISPAS)
Dirección:	Sede Principal: Avenida Dr. Héctor Homero Hernández, esquina Avenida Tiradentes, en el Ensanche La Fe, Santo Domingo, República Dominicana.
Redes Sociales:	Instagram, Facebook, You Tube, X
Teléfono:	(809)-541-3121
Página Web:	https://www.msp.gob.do/web/
RNC:	401-00739-8

Evolución institucional de la salud pública dominicana (1908-2015, en síntesis)

- **1908:** Las Juntas de Sanidad (Ley 4836) inician la fiscalización higiénica.
- **1919:** Una unidad administrativa centraliza los servicios de salud (OE 330).
- **1924-1941:** La salud se formaliza como Secretaría de Sanidad, luego Sanidad y Asistencia Pública, integrando la asistencia social.
- **1947-1957:** Surgen la Secretaría de Previsión Social y el Código de Trujillo; ambas carteras se fusionan en la Secretaría de Salud y Previsión Social, que unifica atención y seguros.
- **1967:** Pasa a llamarse Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, reflejando su rol sanitario-social.
- **2001:** La Ley 42-01 la convierte en ente rector del Sistema Nacional de Salud.
- **2010:** Con la nueva Constitución pasa a ser Ministerio de Salud (Decreto 74-10).
- **2015:** La Ley 123-15 crea el Servicio Nacional de Salud y confirma al Ministerio de Salud Pública como autoridad rectora del sistema.

Base Legal:

- La Constitución de la República Dominicana actualizada el 29-10-2024.
- Ley No. 42-01 General de Salud.
- Ley No. 41-08 de Función Pública.
- Ley 311-14 Sistema Nacional Autorizado y Uniforme de Declaraciones Juradas de Patrimonio de los funcionarios y Servidores Públicos.
- Ley No. 395-14 sobre Carrera Sanitaria.
- Ley No. 123-15 que crea el Sistema Nacional de Salud.
- Ley No. 247-12 de Administración Pública.

Misión:

Somos la institución rectora del Sistema Nacional de Salud, responsable de formular, regular e implementar políticas que garanticen el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud, promoviendo el bienestar integral de la población dominicana mediante la provisión de servicios de salud colectiva y el desarrollo de acciones intersectoriales que integren la salud como prioridad en todas las políticas públicas.

Visión de futuro:

Ser la institución referente y garante del pleno ejercicio del derecho a la salud, que impulsa un sistema de salud inclusivo, equitativo, sostenible y de calidad, centrado en las personas, las familias y las comunidades, con una orientación plena hacia la garantía del bienestar integral.

Valores Organizacionales:

- Compromiso social
- Equidad e igualdad
- Respeto
- Colaboración
- Humanización
- Transparencia
- Calidad e innovación

III. Avances de Implementación del Plan de Mejora Institucional 2026 2do. Informe:

Criterio 1. Liderazgo

Subcriterio No. 1.3: Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como modelo de referencia.

Área de mejora No. 1

Descripción:

No se evidencia el diseño e institucionalización de una política de reconocimiento laboral, tanto individuales como de los equipos de trabajo.

Objetivo de la mejora:

Diseñar e implementar una política de reconocimiento laboral que motive y retenga al talento humano.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Realizar un diagnóstico interno sobre las prácticas actuales de reconocimiento de equipos de trabajo (formales e informales).	Dirección de Recursos Humanos	100%	Logrado	Se realizó un levantamiento de las prácticas actuales. En este sentido, se identificaron iniciativas de reconocimiento impulsadas por la institución, orientadas a destacar el desempeño de colaboradores, equipos, programas y dependencias institucionales.
2	Diseñar el modelo institucional de reconocimiento de equipos de trabajo basado en resultados y buenas prácticas.	Dirección de Recursos Humanos	100%	Logrado	Se creó y aprobó el Procedimiento de Reconocimiento Institucional.
3	Validar el modelo con las autoridades y socializarlo con las áreas técnicas.	Dirección de Recursos Humanos	100%	Logrado	El Procedimiento de Reconocimiento fue validado por la Dirección de Recursos Humanos, la Dirección de Planificación y Desarrallo, el Departamento de Calidad en la Gestión y posteriormente aprobado por el Sr. Ministro.
4	Socializar documento institucional (política, protocolo, etc) del sistema de reconocimiento, aprobado.	Dirección de Recursos Humanos	100%	Logrado	El Procedimiento de Reconocimiento aprobado fue socializado con las partes correspondientes.
5	Implementar un plan piloto de premiación, acorde al modelo o protoco establecido.	Dirección de Recursos Humanos	0%	No implementado	La actividad está pendiente de ejecución.

Nivel de implementación:

- **80% de avance general (promedio ponderado de los resultados individuales).**
- **100% al cierre del año.**

Comentarios / avances

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha desarrollado diversas iniciativas de reconocimiento dirigidas a colaboradores, equipos de trabajo, programas y dependencias institucionales, con el propósito de valorar su desempeño y contribución al logro de los objetivos organizacionales.

Estas prácticas constituyen una fortaleza institucional, al favorecer la motivación, visibilizar buenas

prácticas y promover una cultura de excelencia, compromiso y mejora continua. Asimismo, como parte del fortalecimiento de este sistema, se elaboró y aprobó el Procedimiento de Reconocimiento Institucional, el cual fue socializado con las partes correspondientes.

EVIDENCIAS - Área de Mejora No. 1:

Tarea No.4: Socializar documento institucional del sistema de reconocimiento, aprobado.

Evidencias de Socialización del Procedimiento de Reconocimiento

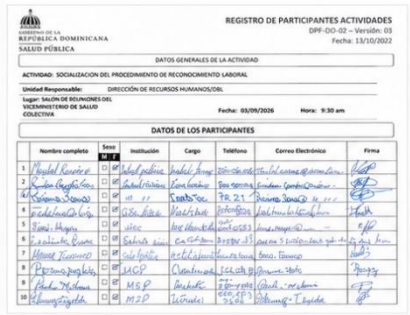
Actividad	Modalidad	Dirigido a	Fecha
Socialización del Procedimiento de Reconocimiento	Virtual	Colaboradores involucrados	03/09/2026

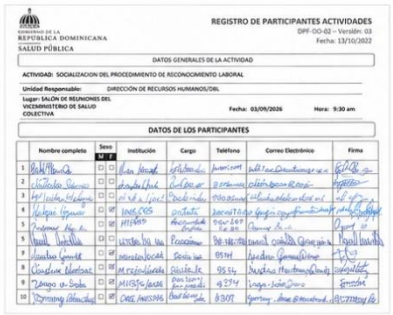






Actividad	Modalidad	Dirigido a	Fecha
Socialización del Procedimiento de Reconocimiento	Presencial	Colaboradores involucrados	03/09/2026







Criterio 2. Alianzas y Recursos

Subcriterio No. 4.6: Gestionar las instalaciones

Área de Mejora No. 2

Descripción:

No se evidencia la planificación, el control y la retroalimentación de la gestión de las instalaciones de la institución.

Objetivo de la mejora:

Implementar un sistema de gestión de instalaciones que garantice su funcionamiento óptimo.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Identificar las actividades desarrolladas por el MISPAS en la gestión de instalaciones (edificio sede y dependencias, equipos técnicos, mobiliario, vehículos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.	Dirección Administrativa	100%	Logrado	Se identificaron las principales actividades relacionadas con la gestión de instalaciones, equipos, mobiliario y vehículos institucionales, incluyendo el inventario de activos fijos, los descargos de bienes en desuso, reasignación y los mecanismos de gestión y mantenimiento de la flotilla vehicular.
2	Diseñar Plan de Mantenimiento, Planta Física, Vehículos y Mayordomía 2026.	Dirección Administrativa	100%	Logrado	Se elaboró una propuesta de Plan de Mantenimiento 2026 para la planta física institucional, así como un Plan de Mantenimiento para el área de Mayordomía. Asimismo, se incorporaron lineamientos para la gestión y mantenimiento de la flotilla vehicular institucional, con el propósito de fortalecer la planificación y gestión de los servicios generales y asegurar el adecuado mantenimiento de la infraestructura y los recursos institucionales.
3	Aprobar el Plan de Mantenimiento, Planta Física, Vehículos y Mayordomía 2026	Dirección Administrativa	75%	En proceso	Se elaboró una propuesta de Plan de Mantenimiento 2026 para la planta física institucional y un Plan de Mantenimiento para el área de Mayordomía, los cuales han sido sometidas a las instancias correspondientes para su aprobación formal.
4	Implementar el Plan Mantenimiento, Planta Física, Vehículos y Mayordomía 2026.	Dirección Administrativa	75%	En proceso	Aunque se ejecutan actividades rutinarias de mantenimiento en las instalaciones, vehículos y servicios de Mayordomía, se encuentran en proceso de revisión y formalización los instrumentos que sustentan la implementación del Plan de Mantenimiento 2026. Como parte de este proceso, se han elaborado propuestas de Plan de Mantenimiento Preventivo y Plan de Mantenimiento Correctivo para la Planta Física y el área de Mayordomía, así como propuestas de informes periódicos de seguimiento y una encuesta de satisfacción para evaluar la percepción sobre los servicios prestados.

Nivel de implementación:

- **88.00 % de avance general (promedio ponderado de los resultados individuales).**
- **100% al cierre del año.**

Comentarios / avances

En el marco del fortalecimiento de la gestión y mantenimiento de los bienes e instalaciones institucionales, se identificaron las principales actividades relacionadas con la planta física, equipos, mobiliario y flotilla vehicular. Asimismo, se mantiene actualizado el inventario de activos fijos y se realizan acciones de descargo y reasignación de bienes en desuso.

Como parte de este proceso, se elaboró una propuesta de Plan General de Mantenimiento 2026 para planta física y mayordomía, así como propuestas de Planes de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para Planta Física y Mayordomía. También se desarrolló una propuesta para encuesta de satisfacción, orientada a fortalecer el monitoreo de los servicios. Para la gestión vehicular, se utilizan los mecanismos institucionales establecidos, incluyendo el Sistema de Gestión Integral de Vehículos para el seguimiento de los mantenimientos preventivos y correctivos.

EVIDENCIAS- Área de Mejora No. 2

Tarea No.2: Diseñar Plan de Mantenimiento, Planta Física, Vehículos y Mayordomía 2026.
Tarea No. 3: Aprobar el Plan de Mantenimiento, Planta Física, Vehículos y Mayordomía 2026.

PLAN DE MANTENIMIENTO DE MAYORDOMÍA 2026

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
DIVISIÓN DE MAYORDOMÍA

Introducción

El presente Plan de Mantenimiento de Mayordomía 2026 establece los lineamientos para organizar, programar, ejecutar y dar seguimiento a las actividades de conservación, limpieza y mantenimiento de las áreas atendidas por la División de Mayordomía. El plan toma como referencia el Análisis de Necesidades de Personal Operativo 2026 y la información reportada por la División respecto de los servicios prestados.

1. Objetivo general

Establecer una planificación sistemática para el mantenimiento y conservación de las instalaciones, asegurando la programación, ejecución, seguimiento y evaluación de las actividades de Mayordomía, con base en las necesidades operativas identificadas.

2. Objetivos específicos

- Programar las actividades de mantenimiento preventivo de acuerdo con las necesidades y frecuencias definidas.
- Identificar, clasificar y priorizar las necesidades de mantenimiento que requieran atención.
- Dar seguimiento a las actividades programadas y a las necesidades correctivas hasta su cierre.
- Facilitar la organización del trabajo del personal operativo de acuerdo con las áreas de mayor demanda.
- Generar información periódica que permita evaluar el cumplimiento del plan y establecer acciones de mejora.

3. Alcance

El plan comprende las actividades de Mayordomía relacionadas con las oficinas, baños, áreas comunes, jardinería, movilización y otras dependencias.

4. Responsables

- Encargada/o de Mayordomía: coordinar la ejecución del plan, asignar actividades, revisar los avances y consolidar los resultados.
- Personal de Mayordomía: ejecutar las actividades programadas y reportar las necesidades identificadas.
- Personal de jardinería: ejecutar las actividades de conservación y mantenimiento de las áreas verdes.
- Personal de movilización/apoyo: atender los servicios operativos asignados y reportar incidencias.
- Departamento de Servicios Generales: supervisar el cumplimiento del plan y apoyar la gestión de los recursos y necesidades que correspondan.

5. Programa de mantenimiento preventivo

El mantenimiento preventivo se desarrollará mediante actividades programadas de limpieza, conservación e inspección de las áreas bajo responsabilidad de Mayordomía. Las frecuencias deberán responder a la carga de trabajo y a las necesidades identificadas en el análisis operativo.

La programación detallada de actividades, responsables y frecuencias se mantendrá en la Matriz 1 – Programa de Mantenimiento Preventivo, la cual podrá actualizarse de acuerdo con las necesidades operativas sin requerir la modificación del presente documento.

Entre las actividades contempladas se encuentran las relacionadas con la limpieza y conservación de oficinas, baños y áreas comunes, así como el mantenimiento de jardines y la atención de servicios operativos de Mayordomía.

6. Atención del mantenimiento correctivo

Las situaciones que no se encuentren contempladas en la programación preventiva serán registradas como necesidades de mantenimiento correctivo. Su atención será priorizada de acuerdo con el impacto que representen para la higiene, seguridad, funcionamiento de las instalaciones y continuidad del servicio. Estas necesidades se identificaran mediante inspecciones periódicas y solicitudes de servicio.

El detalle de las necesidades correctivas, su prioridad, acción requerida y estado de atención será gestionado en la Matriz 2 – Control de Mantenimiento Correctivo.

El cierre de una necesidad deberá contar, cuando corresponda, con la evidencia que permita verificar la acción realizada.

7. Indicadores de seguimiento

El desempeño del plan será monitoreado mediante indicadores que permitan determinar el nivel de cumplimiento de las actividades programadas y la capacidad de respuesta ante las necesidades identificadas.

- Cumplimiento del mantenimiento preventivo = actividades ejecutadas / actividades programadas × 100, ≥ 95 %
- Atención de necesidades correctivas = necesidades atendidas / necesidades identificadas × 100, ≥ 85 %
- Satisfacción del usuario interno= Valoraciones satisfactorias / total de valoraciones × 100, ≥ 95 %

Las metas establecidas deberán ser revisadas periódicamente por la División de Mayordomía y ajustadas cuando exista una modificación formal de la carga de trabajo o de los criterios institucionales.

8. Frecuencia de evaluación

El seguimiento de las actividades será mensual. Al cierre de cada mes se revisará el cumplimiento del programa, las necesidades identificadas, las actividades pendientes y los resultados de los indicadores. Trimestralmente se realizará una evaluación consolidada para determinar tendencias y acciones de mejora.

9. Registros y evidencias

Como evidencia de la ejecución del plan podrán conservarse, según corresponda:

- Formularios de Inspección
- Bitácoras de limpieza y mantenimiento.
- Solicitudes de servicio (correos/comunicados)
- Registros fotográficos.
- Resultados de indicadores.
- Informes mensuales y evaluaciones trimestrales.

Los registros y evidencias se identificarán y conservarán conforme a los mecanismos institucionales de gestión documental.

10. Informe mensual de resultados

Mensualmente, la División de Mayordomía elaborará un informe de resultados que permita evidenciar el grado de cumplimiento del plan y las principales situaciones presentadas durante el periodo.

El informe mensual hará referencia a las matrices actualizadas del periodo y deberá contener, como mínimo:

Tarea No. 4: Implementar el Plan Mantenimiento, Planta Física, Vehículos y Mayordomía 2026.

Ejecución Mantenimiento

Evidencias

Extracto reporte de mantenimiento de vehículos

DIVISION DE TRANSPORTACION

REPORTE DE MANTENIMIENTO A VEHICULOS

ENERO-JUNIO 2026

Item	No. Chapa	No. Vehículo	Marca	Modelo	Año	Color	Chasis	Placa	Dependencia	Ubicación	Fecha Solicitud	Nombre Solicitud	Motivo	Fecha Autorización	Requerimiento	Observaciones	Nombre Taller	Finalización Taller	Fecha
1	103	CAMION	DAHATSU	DELTA	2008	BLANC	JDA00Y1600027569	EL05192	TRANSPORTACION	TALLER TRANSPORTA	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION		NO TIENE MOTOR/ N/TRANSMISION.		ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
2	119	CAMIONETA	FORD	RANGER	2003	BLANC	MNCBSFE403V334	EL05033	TRANSPORTACION	PARQUEO TEO CRUZ	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO		NO TIENE MOTOR/		ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
3	163	CAMIONETA	TOYOTA	HILUX	2022	BLANC	8AJBAX3CD0007240	EL16469	DOS MINIST. DE SALUD COLECTIVA	SEDE CENTRAL	12/6/2026	ESLAUN PEYES	CAMBIO DE NEUMATICOS	CAMBIO DE 4 REQUIERE			CAMBIO DE 1 NEUMATICOS	MOPIO SRL	12/6/2026
4	105	CAMION	DAHATSU	DELTA	2008	AZUL	JDA00Y1600027597	EL05194	TRANSPORTACION	CENTRAL	15/6/2026	RODOLFO ARRO	CAMBIO DE NEUMATICOS	CAMBIO DE 2 REQUIERE 6			CAMBIO DE 2 NEUMATICOS	MOPIO SRL	15/6/2026
5	3245	UNIDAD MEDI	MERCEDES	ATECO	2006	BLANC	WDB9706071L079461	N/O	TRANSPORTACION	HOSPITAL DE CASTAÑUELA	12/6/2026	ANGEL GARCIA	ENTREGA DE INSUMO	NEUMATICOS DE					
6	131	CAMIONETA	MITSUBISHI	L200	2005	BLANC	MMBJNK74065064	EI05795	TUBERCULOSIS	PARQUEO TEO CRUZ	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	MOTOR FUNDIDO			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
7	165	JEEP	NISSAN	X-TRAIL	2007	GRIS	JNRTSNT302U09042	EG05939	TRANSPORTACION	PARQUEO TEO CRUZ	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	MOTOR FUNDIDO, CARROCERIA E			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
8	175	CAMIONETA	NISSAN	FRONTIER	2002	BLANC	NX6CD15S02W3934	EL05207	DSEMAPS	PARQUEO TEO CRUZ	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	MOTOR FUNDIDO, INTERIOR EN MAL			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
9	167	CAMIONETA	ISUZU	D-MAX	2007	ROJO	MPATFS54H7F850	N/O	UNIDAD EJECUTOR	PARQUEO TEO CRUZ	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	NO TIENE MOTOR/ N/TRANSMISION.			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
10	513	CAMIONETA	CHEVROLET	COLORADO	2008	BLANC	MMHHMHKSJH607	EI08999	TRANSPORTACION	SEDE CENTRAL DPS	10/6/2026	NAPOLEO MATOS	REPORTE DE FALLO	VEHICULO REQUIERE		CAMBIO DE BATERIA	IMPORTADORA C		10/6/2026
11	212	CAMIONETA	ISUZU	D-MAX	2008	BLANC	MPATFR85H8H559	EL05611	DPS SANTIAGO II	DPS SANTIAGO II	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	NO TIENE MOTOR/ N/TRANSMISION.			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
12	317	JEEP	NISSAN	PATROL	2006	GRIS	JNRTES Y61Z055040	EI06125	TRANSPORTACION	TALLER TRANSPORTA	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	MOTOR FUNDIDO, TRANSMISION			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
13	320	JEEP	TOYOTA	LAND CRUISE	2000	GRIS	FZJ85022761	EI06190	TRANSPORTACION	TALLER TRANSPORTA	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	MOTOR FUNDIDO, NO TIENE			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
14	500	JEEP	MITSUBISHI	NATIVA	2005	VERDE	JMYSRV37S5J0007	N/O	TRANSPORTACION	PARQUEO TEO CRUZ	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	NO TIENE MOTOR/ N/TRANSMISION.			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
15	506	CAMIONETA	FORD	RANGER	200	BLANC	MNCLSFE90BV939	N/O	DPS EL SEIBO	DPS EL SEIBO	9/6/2026	TRANSPORTACION	EVALUACION PARA DESCARGO	NO TIENE MOTOR/ N/TRANSMISION.			ESTE VEHICULO ESTA SIENDO	CARLOS NIEY	9/6/2026
16	1007	MOTOCICLE	X3000	XROAD 200	2023	BLANC	TBLYCM6LEP6D07	N/O	DESPACHO DEL SR. MINISTRO	SEDE CENTRAL	23/6/2026	JOSE TAVAREZ	REQUIERE MANTENIMIENTO						
17	1036	MOTOCICLE	X3000	XROAD 200	2023	AZUL	TBLYCM6LEP6D07	TRANSI	DIRECTOR DE PORT Y DES	SEDE CENTRAL	23/6/2026	MANUEL RIVERA	MANTENIMIEN TO			CAMBIO DE			

Operaciones mayordomía


DIVISION DE MAYORDOMIA

Santo Domingo, D. N.
23 de junio del 2026

DM-077/2026

A LA : Lcda. Fiadis C. Rodríguez A.
Encargada de Servicios Generales

Asunto : Informes de Actividad mensual

Anexo : Planillas de abril

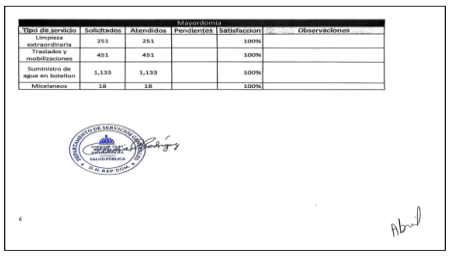
Luego de un cordial saludo, por medio de la presente, le estamos remitiendo el informes de Actividades Mensual de la División de Mayordomía.

Sin más por el momento, le saluda.

Lcda. Claudia Giselle Ramírez
Encargada División de Mayordomía

CR/rs.-

RECIBIDO



Mayordomía

Tipo de servicio	Solicitados	Atendidos	Pendientes	Satisfacción	Observaciones
Limpieza extraordinaria	251	251		100%	
Traslados y mobilizaciones	451	451		100%	
Suministro de agua en botellon	1,133	1,133		100%	
Miscelaneos	18	18		100%	

A continuación, los instrumentos para la gestión de las instalaciones:

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

Ítem	Tipo de Mantenimiento	Actividad de Mantenimiento	Frecuencia de Ejecución	Enero	Febrero	Marzo	T1	T1	T1	Abril	Mayo	Junio
							Programado	Ejecutado	Cumplimiento			
1	Instalaciones Electricas	Revisión de caja y breakers	Trimestral	N/A	N/A	5	5	100%				
		Prueba de lluminarias y toma corrier	Semestral									
		Mantenimiento de generadores	Semestral	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	20
		Revisión de sistema de acometida	Semestral									
2	Instalaciones Sanitarias	Revisión de grifierias y sanitarios	Mensual	5	5	10	50	20	40%			
		Inspección de fugas	Mensual									
		Limpieza de drenajes	Trimestral									
		Limpieza de cisterna	Anual	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
3	istemas Mecánicos (Climatización y Ventilación	Limpieza de filtros	Mensual									
		Revisión general de equipos	Trimestral									
		Matenemiento técnico	Anual									
4	Seguridad y Emergencias	Revisión de extintores	Mensual									
		Prueba de alarmas y detectores	Trimestral									
		Inspección de rutas de evacuación	Mensual									

MATRIZ CONTROL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
DIRECCION ADMINISTRATIVA
AÑO: 2026

il	Mayo	Junio	T2	T2	T2	Julio	Agosto	Septiembre	T3	T3	T3	O
			Programado	Ejecutado	Cumplimient o				Programado	Ejecutado	Cumplimient o	
	N/A	20	20	20	100%							
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	1	1	100%	

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

MATRIZ CONTROL DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO
DIRECCION ADMINISTRATIVA

AÑO: 2026

Prioridad	Criterio de atención
Alta	Situaciones que afecten la higiene, seguridad, funcionamiento o continuidad del servicio.
Media	Situaciones que requieren intervención, sin afectar de forma inmediata la continuidad del servicio.
Baja	Necesidades menores o de carácter preventivo/estético.

Fecha de Actualización:

Ítem	Area/Ubicación	Descripción de la Necesidad	Necesidad Identificada Por:	Fecha Reporte y/o Inspección	Prioridad	Descripción Acción Correctiva	Responsable de Ejecución	Responsable de Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha Fin	Recursos Necesarios	Costo RD$ (Si Aplica)	Status	Fecha de Ejecución	Cierre/Evidencia
1			Reporte Incidencia		Alta								Atendido		
2			Inspección		Media								En Proceso		
3			Seleccionar		Baja								No Iniciado		
4			Seleccionar		Seleccionar								Atendido		
5			Seleccionar		Seleccionar								Atendido		
6			Seleccionar		Seleccionar								Atendido		

Cantidad de Necesidades Atendidas	4
Cantidad de Necesidades en Proceso	1
Cantidad de Necesidades No Iniciadas	1
Total de Necesidades Identificadas	6
Porcentaje de Cumplimiento	67%

Criterio 7. Resultados en las Personas

Subcriterio: 7.1: Mediciones de la percepción.

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

Área de Mejora No. 3

Descripción:

No se evidencia un indicador institucional específico que mida de forma sistemática la percepción del personal sobre las acciones de responsabilidad social ejecutadas por el MISPAS.

Objetivo de la mejora:

Establecer un indicador que mida de manera periódica dicha percepción.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Levantar información sobre las acciones de responsabilidad social desarrolladas por el MISPAS .	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se compiló las evidencias remitidas por las áreas responsables, con el fin de documentar y consolidar las iniciativas institucionales relacionadas con las actividades de responsabilidad social.
2	Diseñar un componente de percepción específico para incorporarlo en futuras encuestas internas al personal.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se diseñó e incorporó en la plataforma Microsoft Forms un instrumento de encuesta que incluye el componente de percepción dirigido al personal.
3	Establecer un indicador institucional que recoja la percepción del personal sobre la responsabilidad social.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se diseñó la Matriz General de Indicadores de RSI y Voluntariado el cual incluye los indicadores de desempeño del proceso.
4	Incluir este indicador en la matriz institucional de seguimiento de resultados.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Los indicadores definidos fueron incluidos en la Matriz de Institucional de Seguimiento a Resultados.
5	Generar informes anuales con recomendaciones basadas en los resultados de este indicador.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se elaboró un informe de encuesta, la cual generó datos para elaborar el Plan de Responsabilidad Social Institucional.

Nivel de implementación:

100.00 % de cumplimiento.

Comentarios / avances

Como parte del fortalecimiento de la responsabilidad social institucional, se avanzó en la identificación, recopilación y validación de las iniciativas desarrolladas por las diferentes áreas, relacionadas con la promoción de la salud, seguridad laboral, bienestar e inclusión, incluyendo jornadas de donación de sangre y acciones formativas.
Asimismo, se diseñó e incorporó en Microsoft Forms una encuesta de percepción dirigida al personal y se socializó para su aplicación. A partir de sus resultados, se elaboró el informe correspondiente, cuyos datos sirvieron de insumo para la elaboración del Plan de Responsabilidad Social Institucional. De igual forma, se diseñó la Matriz General de Indicadores de RSI y Voluntariado, incorporando sus indicadores a la Matriz Institucional de Seguimiento a Resultados, fortaleciendo así el seguimiento, medición y mejora continua de las acciones de responsabilidad social institucional.

EVIDENCIAS - Área de Mejora No. 3:

Tarea No.1: Levantar información sobre las acciones de responsabilidad social desarrolladas por el MISPAS.

Histórico de Acciones de Responsabilidad Social Institucional (MISPAS)			
Actividad	***Lugar***	***Dirigido a***	***Año***
Jornada más salud	***Sede Santo Domingo***	***Colaboradores***	***2025***





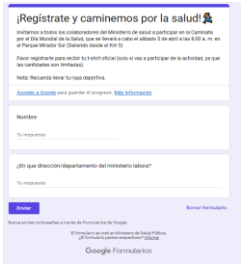
Jornada donacion de sangre/taller de inclusión	***Sede Santo Domingo***	***Colaboradores***	***2025***






Caminata por la salud	***Santo Domingo***	***Colaboradores/sociedad***	***2025***
























Tapita por quimio	Santo Domingo	Colaboradores	2026














Charlas hambre 0 (alimentación saludable)	Santo Domingo	Colaboradores instituciones	2026

CRONOGRAMA DE FECHAS PARA CHARLA SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE 2026			
INSTITUCION	FECHA	HORA	COLABORADORES IMPACTADOS, grupo I,II,II
INESPRE	25/3/2026	10:00 a. m.	27 PERSONAS
SUPERATE	15/4/2026	10:00 a.m.	75 personas
MINPRE	16/4/2026	10:30am	30 personas
AGRICULTURA	23/4/2026	11:00 a.m.	69 personas
GANADERIA	12/5/2026	10:00 a. m.	50 personas
INAIPI	19/5/2026	11:00 a. m.	36 personas
ENCUENTRO ASFL PRESENCIAL	28/5/2026	11:00 a.m.	73 personas
SIUBEN	17/6/2026	10:00 am virtual	85 personas
CHARLA VITUAL CON ASFL	2/7/2026	3:00pm virtual	33 personas
SENASA	8/7/2026	9:00am	21 personas
DASAC	10/7/2026	2:00PM	80 PERSONAS
SENASA	13/7/2026	8:30am	13 PERSONAS
SENASA	20/7/2026	8:30am	12 personas
INESPRE 2DA SUCURSAL	16/7/2026	10:00am	27 PERSONAS







Promoción de la salud a través de actividades culturales	Varias provincias	Sociedad	2026

PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE ACTIVIDADES CULTURALES

JORNADAS MÁS SALUD

Periodo: 2026

Santo Domingo 2026

Impactos y beneficios de estas actividades culturales en la promoción de la salud.

Las actividades culturales complementan las acciones institucionales de promoción de la salud al incorporar componentes sociales, culturales y recreativos que favorecen el bienestar y la participación comunitaria. Su desarrollo genera espacios de convivencia que fortalecen el vínculo entre el MISPAS y las comunidades, contribuyendo a una atención más cercana y orientada al bienestar integral de la población.

• **Bienestar y recreación:** Generan espacios de esparcimiento, expresión y disfrute que favorecen un ambiente comunitario positivo para las personas y familias participantes.

Desarrollo

Durante el 2026 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), a través de las Jornadas Más Salud, ha realizado (5) cinco actividades culturales en las provincias: Peravia, Puerto Plata, Monte Plata, Hermanas Mirabal y Valverde. Estas expresiones culturales constituyen un aporte social que trascienden a la promoción de espacios de recreación, participación, convivencia e integración comunitaria, elementos vinculados al bienestar y a la promoción de la salud integral.

Provincia	Actividad Cultural	Personas Beneficiadas		Total	Fecha
		Hombre	Mujer		
Peravia	Balet Folclórico Marumbia Dance	113	137	250	20 feb. 2026
Puerto Plata	Baile – Escuela Rommel Cruz	113	137	250	20 mar. 2026
Monte Plata	Grupo Folclórico "Mi Quisqueya Hermosa"	154	126	280	24 abr. 2026
Hermanas Mirabal	Conjunto Típico de Merengue – Liceo Científico Dr. Miguel Canela Lázaro	99	121	220	26 jun. 2026
Valverde	Grupo Cultural Eclipse Dancers	158	192	350	04 sep. 2026

Nota: Las presentaciones culturales solo se visualizan en el acto de apertura de las jornadas.

• **Integración y cohesión comunitaria:** Promueven la interacción entre la población, los grupos culturales, las familias y el personal de salud, fortaleciendo la convivencia y los vínculos comunitarios.

• **Entornos comunitarios favorables al bienestar:** La incorporación de actividades culturales en espacios de intervención sanitaria favorece ambientes participativos y de convivencia, facilitando el acercamiento de la población a las acciones institucionales de promoción y prevención.

• **Acercamiento institucional:** Las actividades culturales constituyen espacios de encuentro que favorecen una relación más cercana y participativa entre el MISPAS y las comunidades, complementando las acciones de atención y promoción de la salud.

• **Responsabilidad social institucional:** La incorporación de expresiones culturales y recreativas amplía la dimensión social de las intervenciones del MISPAS, integrando bienestar, participación, convivencia e identidad cultural como elementos complementarios de la promoción de la salud integral.

Tarea No. 3: Establecer un indicador institucional que recoja la percepción del personal sobre la responsabilidad social.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

MATRIZ DE INDICADORES RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL Y VOLUNTARIADO

No	Proceso	Responsable de Completar el Indicador	Nombre del Indicador	Forma de Cálculo	Meta	Frecuencia de Medición	Fuente de Datos
1	Responsabilidad Social Institucional (RSI).	Comité Responsabilidad Social Institucional (CORESI.	Índice de Percepción Favorable sobre la Responsabilidad Social Institucional (IPFRSI).	Promedio de los porcentajes de respuestas favorables en las dimensiones de conocimiento, percepción del impacto y cultura institucional de Responsabilidad Social Institucional.	80%	Anual	Encuesta de Percepción sobre Responsabilidad Social Institucional / Informe Técnico de Resultados.
2	Responsabilidad Social Institucional (RSI).	Comité Responsabilidad Social Institucional (CORESI.	Comité Responsabilidad Social Institucional (CORESI).	No. de voluntarios que participaron efectivamente en actividades RSI ÷ No. total de voluntarios registrados × 100.	50%	Semestral	Matriz Maestra de Voluntarios / Sistema Institucional de Registro y Seguimiento de Voluntariado RSI.
3	Responsabilidad Social Institucional (RSI).	Comité Responsabilidad Social Institucional (CORESI.	Porcentaje de cumplimiento del Cronograma Anual de RSI.	(No. de actividades RSI ejecutadas ÷ No. de actividades RSI programadas) × 100.	90%	Semestral	Cronograma de Actividades.
4	Responsabilidad Social Institucional (RSI).	Comité Responsabilidad Social Institucional (CORESI.	Porcentaje de cumplimiento de las metas de las líneas sociales priorizadas.	(No. de metas cumplidas ÷ No. total de metas establecidas) × 100.	80%	Semestral	Plan de Responsabilidad Social.

Tarea No. 4: Incluir este indicador en la matriz institucional de seguimiento de resultados.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

XTRACTO DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL DE INDICADORES

ndicadores vinculados a las acciones del Plan de Mejora CAF 2026 que requieren incorporación en la matriz o en el sistema institucional de indicadores.

Área de Mejora	Criterio	Acción / Tarea del Plan	Código	Tipo	Nombre del Indicador	Forma de Cálculo	Meta	Frecue

Nombre del Indicador	Forma de Cálculo	Meta	Frecuencia	Área Responsable	Fuente de Datos / Medio de Verificación
Índice de Percepción Favorable sobre la Responsabilidad Social Institucional (IPFRSI).	Promedio de los porcentajes de respuestas favorables en las dimensiones de conocimiento, percepción del impacto y cultura institucional de Responsabilidad Social Institucional.	80%	Anual	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Encuesta de Percepción sobre Responsabilidad Social Institucional / Informe Técnico de Resultados.
Comité de Responsabilidad Social (CORESI)	(No. de voluntarios registrados que participaron efectivamente en al menos una actividad de RSI ÷ No. total de voluntarios registrados) × 100	50%	Semestral	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Matriz Maestra de Voluntarios / Sistema Institucional de Registro y Seguimiento de Voluntariado RSI
Porcentaje de cumplimiento del Cronograma Anual de RSI.	(No. de actividades RSI ejecutadas ÷ No. de actividades RSI programadas) × 100.	90%	Semestral	Comité Institucional de Gestión Ambiental / Dirección de Salud Ambiental	Diagnóstico institucional de sostenibilidad / registros ambientales / Informes anuales / evidencias de sostenibilidad
Porcentaje de cumplimiento de las metas de las líneas sociales priorizadas.	(No. de metas cumplidas ÷ No. total de metas establecidas) × 100.	80%	Semestral	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Plan de Responsabilidad Social.

Tarea No. 5: Generar informes anuales con recomendaciones basadas en los resultados de este indicador.

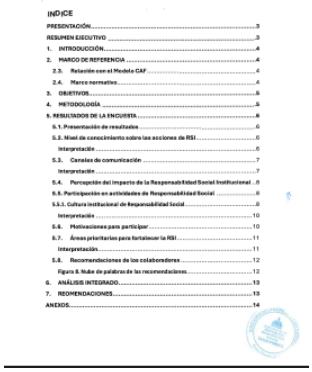

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

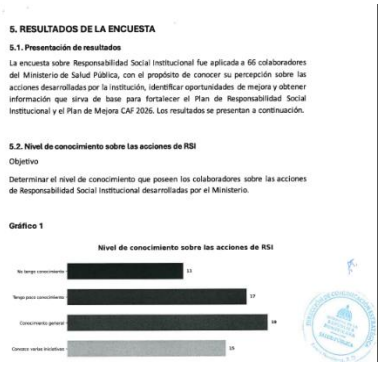
INFORME TÉCNICO DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOBRE RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

PLAN DE MEJORA CAF 2026

Ministerio de Salud Pública
Dirección de Comunicaciones
Comité de Responsabilidad Social Institucional

Santo Domingo, República Dominicana
Julio 2026


ÍNDICE


5. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

5.1. Presentación de resultados

La encuesta sobre Responsabilidad Social Institucional fue aplicada a 66 colaboradores del Ministerio de Salud Pública, con el propósito de conocer su percepción sobre las acciones desarrolladas por la institución, identificar oportunidades de mejora y obtener información que sirva de base para fortalecer el Plan de Responsabilidad Social Institucional y el Plan de Mejora CAF 2026. Los resultados se presentan a continuación.

5.2. Nivel de conocimiento sobre las acciones de RSI

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento que poseen los colaboradores sobre las acciones de Responsabilidad Social Institucional desarrolladas por el Ministerio.

Gráfico 1

Nivel de conocimiento sobre las acciones de RSI

Subcriterio: 7.2: Mediciones del rendimiento (desempeño).

1. Resultados generales en las personas.

Área de Mejora No. 4

Descripción:

No se cuenta con un mecanismo formal de registro y seguimiento de la participación voluntaria del personal en las actividades de responsabilidad social.

Objetivo de la mejora:

Implementar un sistema de registro y seguimiento de la participación voluntaria.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Identificar y documentar todas las actividades de responsabilidad social realizadas en los últimos dos años.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se compilaron las evidencias remitidas por las áreas responsables, con el fin de documentar y consolidar las iniciativas institucionales relacionadas con las actividades de responsabilidad social.
2	Diseñar un sistema de registro voluntario del personal que participe en estas actividades.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se diseñó un sistema de registro de voluntariado, haciendo referencia en el Plan de Responsabilidad Social Institucional, este sistema incluye Formulario Registro Voluntario del Personal, Matriz Maestra de Voluntarios, Matriz Registro de Actividades de Responsabilidad Social Institucional (RSI) y Matriz Evaluación Postactividad.
3	Definir la periodicidad (mensual, trimestral) para revisar y consolidar los datos de participación voluntaria.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	En el Plan de Responsabilidad Social Institucional, se definió la prioridad para revisar los datos de participación voluntaria.
4	Emitir informe anual sobre el nivel de involucramiento del personal en actividades de responsabilidad social.	Comité Responsabilidad Social	0%	No implementado	Esta actividad depende del cumplimiento de las actividades 2 y 3, por lo que se encuentra pendiente de ejecución hasta tanto se implementen los mecanismos de registro y consolidación de la información.

Nivel de implementación:

- **75.00 % de avance general (promedio ponderado de los resultados individuales).**
- **100% al cierre del año.**

Comentarios / avances

Como parte del seguimiento al Plan de Mejora en materia de responsabilidad social institucional, se compilaron las evidencias remitidas por las áreas responsables para documentar y consolidar las iniciativas desarrolladas durante los últimos dos años.

Asimismo, se diseñó un Sistema Institucional de Registro y Seguimiento del Voluntariado, contemplado en el Plan de Responsabilidad Social Institucional, que incluye el Formulario de Registro Voluntario del Personal, la Matriz Maestra de Voluntarios, la Matriz de Registro de Actividades de RSI y la Matriz de Evaluación Postactividad. También se definió la prioridad para la revisión de los datos de participación voluntaria. La elaboración del informe anual sobre el nivel de involucramiento del personal permanece pendiente, hasta tanto se implementen y consoliden los mecanismos de registro y recopilación de información.

EVIDENCIAS - Área de Mejora No. 4:

Tarea No.1: Identificar y documentar todas las actividades de responsabilidad social realizadas en los últimos dos años.

Histórico de Acciones de Responsabilidad Social Institucional (MISPAS)			
Actividad	**Lugar**	**Dirigido a**	**Año**
Jornada más salud	**Sede Santo Domingo**	**Colaboradores**	**2025**





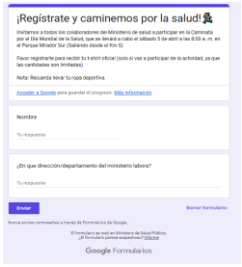
Jornada donacion de sangre/taller de inclusión	**Sede Santo Domingo**	**Colaboradores**	**2025**






Caminata por la salud	**Santo Domingo**	**Colaboradores/sociedad**	**2025**

























Tapita por quimio	Santo Domingo	Colaboradores	2026














Charlas hambre 0 (alimentación saludable)	Santo Domingo	Colaboradores instituciones	2026

CRONOGRAMA DE FECHAS PARA CHARLA SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE 2026			
INSTITUCION	FECHA	HORA	COLABORADORES IMPACTADOS, grupo I,II,II
INESPRE	25/3/2026	10:00 a. m.	27 PERSONAS
SUPERATE	15/4/2026	10:00 a.m.	75 personas
MINPRE	16/4/2026	10:30am	30 personas
AGRICULTURA	23/4/2026	11:00 a.m.	69 personas
GANADERIA	12/5/2026	10:00 a. m.	50 personas
INAIPI	19/5/2026	11:00 a. m.	36 personas
ENCUENTRO ASFL PRESENCIAL	28/5/2026	11:00 a.m.	73 personas
SIUBEN	17/6/2026	10:00 am virtual	85 personas
CHARLA VITUAL CON ASFL	2/7/2026	3:00pm virtual	33 personas
SENASA	8/7/2026	9:00am	21 personas
DASAC	10/7/2026	2:00PM	80 PERSONAS
SENASA	13/7/2026	8:30am	13 PERSONAS
SENASA	20/7/2026	8:30am	12 personas
INESPRE 2DA SUCURSAL	16/7/2026	10:00am	27 PERSONAS







Promoción de la salud a través de actividades culturales	Varias provincias	Sociedad	2026

PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE ACTIVIDADES CULTURALES

JORNADAS MÁS SALUD

Periodo: 2026

Santo Domingo 2026

Impactos y beneficios de estas actividades culturales en la promoción de la salud.

Las actividades culturales complementan las acciones institucionales de promoción de la salud al incorporar componentes sociales, culturales y recreativos que favorecen el bienestar y la participación comunitaria. Su desarrollo genera espacios de convivencia que fortalecen el vínculo entre el MISPAS y las comunidades, contribuyendo a una atención más cercana y orientada al bienestar integral de la población.

• **Bienestar y recreación:** Generan espacios de esparcimiento, expresión y disfrute que favorecen un ambiente comunitario positivo para las personas y familias participantes.

Desarrollo

Durante el 2026 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), a través de las Jornadas Más Salud, ha realizado (5) cinco actividades culturales en las provincias: Peravia, Puerto Plata, Monte Plata, Hermanas Mirabal y Valverde. Estas expresiones culturales constituyen un aporte social que trascienden a la promoción de espacios de recreación, participación, convivencia e integración comunitaria, elementos vinculados al bienestar y a la promoción de la salud integral.

Provincia	Actividad Cultural	Personas Beneficiadas		Total	Fecha
		Hombre	Mujer		
Peravia	Balet Folclórico Marumbia Dance	113	137	250	20 feb. 2026
Puerto Plata	Baile – Escuela Rommel Cruz	113	137	250	20 mar. 2026
Monte Plata	Grupo Folclórico "Mi Quisqueya Hermosa"	154	126	280	24 abr. 2026
Hermanas Mirabal	Conjunto Típico de Merengue – Liceo Científico Dr. Miguel Canela Lázaro	99	121	220	26 jun. 2026
Valverde	Grupo Cultural Eclipse Dancers	158	192	350	04 sep. 2026

Nota: Las presentaciones culturales solo se visualizan en el acto de apertura de las jornadas.

• **Integración y cohesión comunitaria:** Promueven la interacción entre la población, los grupos culturales, las familias y el personal de salud, fortaleciendo la convivencia y los vínculos comunitarios.

• **Entornos comunitarios favorables al bienestar:** La incorporación de actividades culturales en espacios de intervención sanitaria favorece ambientes participativos y de convivencia, facilitando el acercamiento de la población a las acciones institucionales de promoción y prevención.

• **Acercamiento institucional:** Las actividades culturales constituyen espacios de encuentro que favorecen una relación más cercana y participativa entre el MISPAS y las comunidades, complementando las acciones de atención y promoción de la salud.

• **Responsabilidad social institucional:** La incorporación de expresiones culturales y recreativas amplía la dimensión social de las intervenciones del MISPAS, integrando bienestar, participación, convivencia e identidad cultural como elementos complementarios de la promoción de la salud integral.

Tarea No.2: Diseñar un sistema de registro voluntario del personal que participe en estas actividades.

8. Sistema Institucional de Seguimiento y Registro de Voluntariado

8.1. Finalidad:

El Sistema Institucional de Registro y Seguimiento de Voluntariado constituye el mecanismo operativo mediante el cual se registra, organiza, convoca, documenta y evalúa la participación voluntaria del personal en las actividades de RSI. Estar registrado no significa que el colaborador haya participado efectivamente en una actividad.

8.2. Principios de Funcionamiento

- Voluntariedad: la inscripción y la participación en actividades no deben constituir una obligación laboral.
- Trazabilidad: toda participación debe poder vincularse a una actividad, fecha, voluntario y evidencia.
- Simplicidad: el registro debe requerir únicamente la información necesaria para organizar y medir la participación.
- Confidencialidad: la información personal deberá utilizarse solo para fines institucionales relacionados con el sistema.
- Actualización: las matrices deberán mantenerse actualizadas después de cada convocatoria y actividad.

8.3. Componentes del Sistema

- **Registro de voluntarios**

Constituye la puerta de entrada al sistema. Permite identificar a los colaboradores que desean formar parte de la base institucional de voluntarios, así como sus áreas de interés, disponibilidad y datos de contacto. Estar registrado no significa que el colaborador haya participado efectivamente en una actividad.

- **Registro de actividades de Responsabilidad Social Institucional (RSI)**

Permite documentar cada actividad programada, su tipo, fecha, lugar, responsable, población beneficiaria, cantidad de voluntarios requeridos, estado y evidencias. Sirve como base para las convocatorias y para medir el cumplimiento del programa anual.

- **Evaluación postactividad**

Recoge la experiencia del participante inmediatamente después de la actividad. Permite medir satisfacción, percepción del impacto, calidad de la organización e intención de volver a participar.

8.4. Flujo Operativo del Sistema

1. El colaborador completa el Formulario de Registro Voluntario del Personal.
2. Se incorpora o actualiza al colaborador en la Matriz Maestra de Voluntarios.
3. Se registra cada actividad planificada en la Matriz de Actividades de RSI.
4. La convocatoria se dirige a los voluntarios según disponibilidad, interés y características de la actividad.
5. Los participantes completan la avaluación postactividad.
6. Con la información consolidada se actualizan los indicadores y se generan reportes periódicos.



ORMULARIO DE REGISTRO VOLUNTARIO DEL PERSONAL

RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL (RSI)	
1-Datos del colaborador	
Nombre y apellido	
Viceministerio/Dirección	
Departamento / Unidad	
Cargo	
Correo institucional	
Teléfono de contacto (opcional)	
Fecha de registro	
2. Áreas de interés (Marcar)	
☐ Apoyo a iniciativas institucionales de salud	☐ Inclusión y apoyo a grupos vulnerables
☐ Bienestar y calidad de vida	☐ Medio ambiente y sostenibilidad
☐ Cultura e integración institucional	☐ Otro:
3. Declaración de participación voluntaria	
Declaro que mi incorporación al registro institucional de voluntarios es libre y voluntaria. Autorizo a la institución a contactarme para fines de convocatoria y coordinación de actividades de Responsabilidad Social Institucional. El registro no implica obligación de participar en todas las actividades convocadas.	

Tarea No.3: Definir la periodicidad (mensual, trimestral) para revisar y consolidar los datos de participación voluntaria.

En el Plan de Responsabilidad Social Institucional existe el apartado **8.5 "Periodicidad de Actualización"**, la cual establece los periodos de actualización de los instrumentos del sistema de voluntariado.

8.5. Periodicidad de Actualización

Registro	Momento de Actualización	Responsable
Registro Institucional de Voluntarios.	Al momento de la inscripción del colaborador y cuando se produzcan cambios en sus datos. Revisión periódica trimestral.	Comité de CORESI.
Registro de Participación en Actividades de Voluntariado.	Al cierre de cada actividad de voluntariado institucional.	Comité de CORESI/ Responsable de la actividad.
Registro de Iniciativas y Actividades de RSI.	Al momento de programar la iniciativa y al cierre de su ejecución.	Comité de CORESI.
Matriz de Seguimiento de Indicadores de RSI.	Semetralmente.	Comité de CORESI.
Registro de Evidencias y Productos de las Actividades.	Al cierre de cada actividad o iniciativa ejecutada.	Comité de CORESI/ Área responsable de la actividad.
Registro de Aliados y Apoyos Institucionales.	Cuando se incorpore, formalice o actualice la participación de un aliado.	Comité de CORESI.

Criterio 8. Resultados de Responsabilidad Social

Subcriterio: 8.1: Mediciones de la percepción, respecto a.

Área de Mejora No. 5

Descripción:

No se evidencia la definición de metas concretas que puedan medir las acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja o con necesidades especiales, así como también, actividades culturales abiertas al público y préstamo de instalaciones.

Objetivo de la mejora:

Definir y medir metas específicas para dichas acciones.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Identificar las actividades desarrolladas por el MISPAS en beneficio de grupos vulnerables o con necesidades especiales.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se han identificado las actividades desarrolladas por el MISPAS en beneficio de grupos vulnerables y con necesidades especiales.
2	Documentar prácticas de préstamo de instalaciones y actividades culturales abiertas al público.	Comité Responsabilidad Social	75%	En proceso	La actividad se encuentra en proceso. En actas del Comité de Responsabilidad Social se ha establecido la necesidad de documentar las prácticas de préstamo de instalaciones y actividades culturales abiertas al público, encontrándose actualmente en fase de levantamiento y organización de la información. Se tiene evidencia de como el ministerio ha habilitado las instalaciones como colegio electoral, Farmacia de Promesecal instalada, y espacio cedido a DIGEMAPS y el Banco de Reservas.
3	Definir metas anuales específicas para cada línea de acción (inclusión, actividades culturales, uso compartido de espacios).	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Se reestructuró la propuesta de Plan de Responsabilidad Social Institucional, la cual fue elaborada incluyendo las metas anuales específicas para cada línea de acción (inclusión, actividades culturales, uso compartido de espacios).
4	Incorporar estos indicadores y las metas en la matriz institucional.	Comité Responsabilidad Social	100%	Logrado	Los indicadores definidos fueron incluidos en la Matriz de Institucional de Seguimiento a Resultados.
5	Publicar los avances y resultados anuales de estas iniciativas en los canales institucionales y rendición de cuentas.	Comité Responsabilidad Social	0%	No implementado	Se estima que a final de año se publiquen dichos resultados.

Nivel de implementación:

- **75.00 % de avance general (promedio ponderado de los resultados individuales).**
- **100% al cierre del año.**

Comentarios / avances

Como parte de las acciones de responsabilidad social institucional, se identificaron las iniciativas desarrolladas por el MISPAS en beneficio de grupos vulnerables y con necesidades especiales, relacionadas con salud, prevención, seguridad y bienestar comunitario.

Asimismo, se encuentra en proceso el levantamiento y organización de información sobre prácticas de préstamo de instalaciones y actividades culturales abiertas al público. De igual forma se reestructuró la propuesta de Plan de Responsabilidad Social Institucional, la cual fue elaborada incluyendo las metas anuales específicas para cada línea de acción (inclusión, actividades culturales, uso compartido de espacios). Los indicadores definidos fueron incorporados a la Matriz Institucional de Seguimiento a Resultados, cuyos resultados se prevé publicar al cierre del año.

EVIDENCIAS - Área de Mejora No. 5:

Tarea No.2: Documentar prácticas de préstamo de instalaciones y actividades culturales abiertas al público.

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

Acta de Reunión / Ayuda de Memoria 1ra Comité de Responsabilidad Social
DICOM- FO Versión: 01
Fecha: 1/11/2020

DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA – GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA – SALUD PÚBLICA – Santo Domingo, R.D.

Fecha	07/05/2026		
Hora inicio	2:00 p.pm.	Hora fin	3:00 p.m.

Motivo reunión: y compromisos RSE 2026-2027

Solicitante: Dirección de Comunicaciones

Lugar de reunión: Salón Salud Colectiva

Participantes

n.º	Nombre	Puesto	Estatus		
1	*Yris Neida Cuevas*	*Periodista Dirección de Comunicaciones, instancia Responsable de coordinar el comité.*	*p*		
2	*Alba de Heredia*	*Técnico Gestión de Riesgo*	*p*		
3	*Elsa Gómez*	*Coordinadora técnica Dirección Administrativa*	*p*		
4	*Gisela Ramos*	*Encargada Dpto. de Bienestar y Relaciones Laborales*	*p*		
5	*Virtudes Segura*	*Encargada*	*p*		
6	*Ramona Muñoz*	*Analista de calidad*	*p*		
7			*p*		

Leyenda participantes: P = Presente, A = Ausente, R = Representado

Agenda tratada

I. Objetivos Estratégicos

- **Socialización de Áreas de Mejora:** Presentar formalmente el diagnóstico de brechas para asegurar el alineamiento de todo el equipo frente a los retos detectados.
- **Definición del Plan de Responsabilidad Social:** Desarrollar la hoja de ruta 2026-2027, garantizando coherencia con la misión y visión institucional.
- **Cumplimiento Normativo:** Asegurar que cada acción esté alineada con los lineamientos técnicos de los organismos rectores.
- **Gestión del Ciclo Completo:** Supervisar la planificación, coordinación, ejecución y evaluación constante de cada iniciativa.

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

Acta de Reunión / Ayuda de Memoria 1ra Comité de Responsabilidad Social
DICOM- FO Versión: 01
Fecha: 1/11/2020

5	Monitoreo y Evaluación por Resultados: Establecer un sistema de seguimiento riguroso que permita medir el impacto de las acciones en los territorios intervenidos, con énfasis en comunidades ubicadas en el entorno geográfico del Ministerio de salud (ej. Cristo Rey, La Puya, Ensanche La Fe) y realizar ajustes basados en evidencia.	Comité de Responsabilidad Social			•	
6	Compromisos operativos: líneas de acción RSE Identificación de impacto en poblaciones vulnerables Compromiso: Garantizar el registro y categorización precisa de todas las intervenciones realizadas por el MISPAS, asegurando que cada actividad tenga un impacto medible y directo en la mejora de la calidad de vida de grupos vulnerables o con necesidades especiales. Acción clave: elaborar una matriz de impacto que permita identificar y cuantificar el alcance de nuestras acciones en territorio.	Salud de la Población			•	

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

REGISTRO DE PARTICIPANTES ACTIVIDADES
DPD-FO-002 – Versión: 03
Fecha: 17/05/2022

DATOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD

Actividad: Reunión Comité Responsabilidad Social
Unidad Responsable: Dirección de Comunicaciones
Lugar: Salón Salud Colectiva **Fecha:** 7/5/26 **Hora:** 2:00 PM

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No.	Nombre completo	Sexo M	Sexo F	Institución	Cargo	Teléfono	Correo Electrónico	Firma
1	Ramona Muñoz	☐	☑	MISPAS	Analista	—	ramona.mungo@	[illegible]
2	Virtudes Segura	☐	☑	MISPAS	Analista	—	virtudes.segura	[illegible]
3	Valeria Victorio	☐	☑	MSP/DGTA	Encargada	—	valeria.victorio@monitoreo.salud	[illegible]
4	Gisela Ramos	☐	☑	MSP/RRHH	Enc.	6203	gisela.ramos	[illegible]
5	Elsa Gomez	☐	☑	DGAF	Coord	7004	elsa.gomez@m...	[illegible]
6	Yris N. Cuevas	☐	☑	DICOM				
7	Alba D. Heredia	☐	☑	DGRAD	Tecnico	ext 9401	alba.heredia@min...	[illegible]
8		☐	☐					
9		☐	☐					
10		☐	☐					

DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA – GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA – SALUD PÚBLICA – Santo Domingo, R.D.

REPÚBLICA DOMINICANA

JUNTA CENTRAL ELECTORAL

La **Junta Central Electoral**, órgano responsable de la reglamentación, administración y fiscalización de las primarias de partidos políticos pautadas para el próximo 6 de octubre del año 2019, tiene a bien hacer de conocimiento público la lista de los recintos electorales que serán puestos a disposición de los ciudadanos y ciudadanas que concurran a las mesas de votación ubicadas en los recintos electorales a nivel nacional.

Como es de conocimiento público, las organizaciones políticas que concurren a primarias lo harán, en uno de los casos, con el padrón universal o de la Junta Central Electoral, específicamente el Partido de la Liberación Dominicana (PLD), y el uso de un padrón propio o cerrado, implementado por el Partido Revolucionario Moderno (PRM). Para ambos escenarios, se ha aprobado la apertura de 7,372 mesas que estarán ubicadas en los recintos donde se vota ordinariamente, en este caso 3,890 locales a nivel nacional. Atendiendo a este criterio, los ciudadanos/as acudirán a los mismos lugares donde dice su cédula, en horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Esta lista contiene la relación de los recintos y dentro de estos, las mesas de votación para primarias que serán abiertas, en las cuales se agruparán los colegios existentes en cada provincia, municipio y distritos municipales del país.

Se exhorta a cada ciudadano/a a revisar su cédula de identidad y electoral, verificar en el reverso el número de colegio y dirección del mismo, y comprobar en esta publicación, la dirección donde ejercerá el sufragio en las primarias. En adición a esta publicación, también está disponible en la página web de la Junta Central Electoral (www.jce.gob.do).

Relación de Recintos, Mesas y Colegios Fusionados para las Primarias Simultáneas 2019

Provincia	Municipio	Distrito Municipal	Recinto	Dirección Recinto	Sector	Mesa	Colegios Fusionados
AZUA	AZUA	BARRERAS (DM)	CENTRO EDUCATIVO VIDAL FIGUEREO	CALLE PRINCIPAL	BARRERAS	M0057	0081A, 0175
AZUA	AZUA	BARRERAS (DM)	ESCUELA PRIMARIA RURAL	PARAJE BARRERA	BARRERAS	M0058	0080, 0081
AZUA	AZUA	BARRO ARRIBA (DM)	ESCUELA BASICA VILLA CORAZON DE JESUS	PARAJE VILLA CORAZON DE JESUS	VILLA CORAZON DE JESUS	M0062	0160, 0183
AZUA	AZUA	BARRO ARRIBA (DM)	ESCUELA PRIMARIA BARRO ARRIBA	CALLE JUAN RAMON DIAZ	BARRO ARRIBA	M0060	0063, 0064
AZUA	AZUA	BARRO ARRIBA (DM)	ESCUELA PRIMARIA RURAL	PARAJE BARRO ARRIBA	BARRO ARRIBA	M0080	0112, 0182
AZUA	AZUA	BARRO ARRIBA (DM)	ESCUELA PRIMARIA RURAL	PARAJE BARRO ARRIBA	BARRO ARRIBA	M0051	0152, 0155
AZUA	AZUA	DOÑA EMMA BALAGUER	ESCUELA PRIMARIA RURAL	PARAJE FINCA NO 6	FINCA NO. 6	M0038	0142, 0191
DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL		MINISTERIO DE HACIENDA	AV. MEXICO ESQ. PEDRO A. LLUBERES	GAZCUE	M0730	0161, 0161A, 0162, 0162A
DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL		MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	CALLE HECTOR HOMERO HERNANDEZ ESQ. TIRADENTES	LA FE	M0537	0343, 1533
DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL		MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	CALLE HECTOR HOMERO HERNANDEZ ESQ. TIRADENTES	LA FE	M0538	0343A, 0344, 0345A
DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL		MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	CALLE HECTOR HOMERO HERNANDEZ ESQ. TIRADENTES	LA FE	M0539	0344A, 0345, 1899
DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL		MODULO C-4 DE LA OMSA	KM. 9 1/2, VILLA MARINA	VILLA MARINA	M0508	1710, 1875
DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL		MODULO C-4 DE LA OMSA	KM. 9 1/2, VILLA MARINA	VILLA MARINA	M0509	1774, 1921
DISTRITO							



Tarea No.3: Definir metas anuales específicas para cada línea de acción (inclusión, actividades culturales, uso compartido de espacios).

En el Plan de Responsabilidad Social Institucional existe el apartado **8.5 Planificación Estratégica y Matriz de Operación** la cual establece las metas para cada linea de accion.

7. Planificación Estratégica y Matriz de Operación:

Eje Temático	Líneas de Acción Específicas	Meta 2026	Meta 2027	Indicador	Área Rsponsable	Aliados Clave / Componentes
1. Cultura y percepción de la Responsabilidad Social Institucional.	Fortalecer el conocimiento, sensibilización y percepción del personal sobre la RSI mediante acciones de comunicación y difusión interna.	Alcanzar un IPFRSI ≥ 80 %	Alcanzar un IPFRSI ≥ 82 %	Índice de Percepción Favorable sobre la Responsabilidad Social Institucional (IPFRSI)	Comité de CORESI .	Recursos Humanos, áreas institucionales.
2. Voluntariado institucional.	Promover, registrar y dar seguimiento a la participación del personal en actividades de voluntariado institucional.	Alcanzar una participación de al menos 50 %	Alcanzar una participación de al menos 55 %	% de participación del personal en actividades de voluntariado institucional	Comité de CORESI .	Recursos Humanos, Comunicaciones, áreas participantes.
3. Iniciativas específicas de impacto social.	Coordinar y dar seguimiento a iniciativas sociales, ambientales, culturales e inclusivas, articulando con las áreas técnicas cuando correspondan a funciones sustantivas del Ministerio.	Cumplir al menos el 90 % del Cronograma Anual de RSI y el 80 % de las metas de las líneas priorizadas.	Cumplir al menos el 95 % del Cronograma y el 85 % de las metas priorizadas.	% de cumplimiento del Cronograma Anual de RSI / % de cumplimiento de las metas de las líneas priorizadas.	Comité de CORESI.	Áreas técnicas y administrativas competentes, aliados externos.

Tarea No.4: Incorporar estos indicadores y las metas en la matriz institucional.

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

XTRACTO DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL DE INDICADORES

ndicadores vinculados a las acciones del Plan de Mejora CAF 2026 que requieren incorporación en la matriz o en el sistema institucional de indicadores.

Área de Mejora	Criterio	Acción / Tarea del Plan	Código	Tipo	Nombre del Indicador	Forma de Cálculo	Meta	Frecue

Nombre del Indicador	Forma de Cálculo	Meta	Frecuencia	Área Responsable	Fuente de Datos / Medio de Verificación
Índice de Percepción Favorable sobre la Responsabilidad Social Institucional (IPFRSI).	Promedio de los porcentajes de respuestas favorables en las dimensiones de conocimiento, percepción del impacto y cultura institucional de Responsabilidad Social Institucional.	80%	Anual	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Encuesta de Percepción sobre Responsabilidad Social Institucional / Informe Técnico de Resultados.
Comité de Responsabilidad Social (CORESI)	(No. de voluntarios registrados que participaron efectivamente en al menos una actividad de RSI ÷ No. total de voluntarios registrados) × 100	50%	Semestral	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Matriz Maestra de Voluntarios / Sistema Institucional de Registro y Seguimiento de Voluntariado RSI
Porcentaje de cumplimiento del Cronograma Anual de RSI.	(No. de actividades RSI ejecutadas ÷ No. de actividades RSI programadas) × 100.	90%	Semestral	Comité Institucional de Gestión Ambiental / Dirección de Salud Ambiental	Diagnóstico institucional de sostenibilidad / registros ambientales / Informes anuales / evidencias de sostenibilidad
Porcentaje de cumplimiento de las metas de las líneas sociales priorizadas.	(No. de metas cumplidas ÷ No. total de metas establecidas) × 100.	80%	Semestral	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Plan de Responsabilidad Social.

Criterio 8. Resultados de Responsabilidad Social

Subcriterio: 8.1: Mediciones de la percepción.

Área de Mejora No. 6

Descripción:

No se evidencia el impacto de la organización en la sostenibilidad medioambiental, incluido el cambio climático.

Objetivo de la mejora:

Implementar medición y seguimiento de acciones ambientales institucionales.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Realizar un diagnóstico insitucional para conocer el estado actual en temas de sostenibilidad, consumo energético, manejo de residuos, entre otros.	Comité Institucional de Gestión Ambiental	100%	Logrado	Se realizó un diagnóstico con el propósito de identificar la situación actual de la institución en materia de sostenibilidad.
2	Identificar buenas prácticas sostenibles institucionales que puedan impactar en eficiencia energética.	Comité Institucional de Gestión Ambiental	100%	Logrado	Se han identificado buenas prácticas que buscan reducir el consumo innecesario de energía y promover una cultura organizacional responsable con el medio ambiente.
3	Definir metas e indicadores de responsabilidad social.	Comité Institucional de Gestión Ambiental	100%	Logrado	Se definieron metas de reducción y medidas específicas enfocadas en el uso eficiente de la energía eléctrica, el consumo responsable de agua, la gestión eficiente de los residuos sólidos bajo principios de economía circular y la reducción del uso de plásticos de un solo uso.
4	Incorporar estos indicadores en la matriz institucional y los informes anuales.	Comité Institucional de Gestión Ambiental	100%	Logrado	Los indicadores fueron incorporados en el POA 2026 y su avance se reporta mediante los informes trimestrales, cuyos resultados servirán de insumo para la elaboración del informe anual de cierre.
5	Socializar los avances institucionales en sostenibilidad	Comité Institucional de Gestión Ambiental	100%	Logrado	Los avances institucionales sobre sostenibilidad ambiental fueron socializados.

Nivel de implementación:

- **100% de cumplimiento.**

Comentarios / avances

Se evidencia el cumplimiento al 100% del área de mejora institucional en materia de sostenibilidad, mediante la realización del diagnóstico institucional sobre sostenibilidad, consumo energético y manejo de residuos, así como la identificación de buenas prácticas orientadas a la eficiencia energética y al fortalecimiento de una cultura organizacional responsable.

Como resultado, se establecieron las Metas Estratégicas, orientadas a reducir al menos un 2% el consumo de energía, el consumo de agua y la compra de plásticos de un solo uso, así como gestionar eficientemente al menos un 2% de los residuos sólidos bajo principios de economía circular. El seguimiento de estas metas se realizará mediante los registros y evidencias correspondientes, considerando tanto el indicador absoluto como el relativo en función de la cantidad de colaboradores de la sede principal

EVIDENCIAS - Área de Mejora No. 6

Tarea No. 3: Definir metas e indicadores de responsabilidad social.
Tarea No. 4: Incorporar estos indicadores en la matriz institucional y los informes anuales.

Incorporación de los indicadores en la matriz institucional

				VPGRSA-DSA-3.3.1.3.5.1	Coordinado el sector salud para respuesta ante riesgos sanitarios, ambientales, emergencias y cambio climático	Intermedio	Instituciones sociales y del sector salud coordinadas	4	1. Conm cambio Interins respues 3. Partic 4. Acto 5. Fortal la vigila
				VPGRSA-DSA-2.2.1.4.5.1	Coordinacion intrainstitucional para respuesta ante riesgos sanitarios, ambientales, emergencias en los puntos de entradas (puertos, aeropuertos y pasos fronterizos)	Intermedio	Numero de capacitaciones a tecnicos de la Dirección de Riesgo	2	1. Coorn aeropue
				VPGRSA-DSA-2.2.1.5.5.1	Política de Sostenibilidad Ambiental implementada	Intermedio	Política de Sostenibilidad Ambiental con un Porcentaje de cumplimiento con una puntuación de 90% o superior	1	1. Imple final de luminari 2. Imple los baño 3. Imple conform 4. Estab la sede Sostenib
censo de la población a ad de un 50% al s en el 2028	1.1.2 Incrementada la infraestructura de servicio en la red publica en todo el territorio nacional con énfasis en el primer nivel de atención, en un 100% en el año 2028	25-12-00-0001 25-12-00-0002 25-12-00-0003	22,000,000.00	VPGRSA-DGR--1.1.2.2.3.E	1.1.2.2 Población tiene acceso a infraestructura adecuada para recibir servicios de salud con énfasis en la estrategia de atención primaria	Estrategico	1.1.2.2.3.Evaluaciones hospitales resilientes	6	1. Desar hospital 2. Desar realizad
					2.2.1.1 Población recibe respuesta				1. Forta de Ries

Informes que alimentarán el informe anual

Informe de gestión de energía 2026

	Mes (2026)		Activa (kWh)	Reactiva (kVArh)	Potencia (kW)	Potencia Cobrada(kW)	Factor de potencia	Cargo Fijo (RD$)
1	12/01/2026 - 11/02/2026	Enero	138,240.00	20,160.00	594.24	876.48	0.990	211.68
2	11/02/2026 - 13/03/2026	Febrero	142,088.00	18,240.00	641.28	876.48	0.9919	211.68
3	13/03/2026 - 12/04/2026	Marzo	137,280.00	17,280.00	629.76	876.48	0.9922	211.68
4	12/04/2026 - 13/05/2026	Abril	168,000	22,080	768	876.48	0.9915	211.68
5	13/05/2026 - 12/06/2026	Mayo	175,680	23,040	806.40	876.48	0.9915	211.68
6	PEDIENTE DE FACTURA	Junio				876.48	#DIV/0!	211.68
7	AUN NO SE GENERA	Julio				876.48	#DIV/0!	211.68
8		Rwegsune				876.48	#DIV/0!	211.68
9		Octubre				876.48	#DIV/0!	211.68
11		Noviembre				876.48	#DIV/0!	211.68
12		Diciembre				876.48	#DIV/0!	211.68
	Total de consumo		**761,280.00**	**100,800.00**	**3,429.68**	**876.48**		
	Consumo promedio		**152,256.00**	**20160.00**	**687.936**			
	Máximo							

"Si ese año su consumo de luz, fue mayor o menor de lo normal, por favor explique aquí la razón de No se preocupe por usar términos técnicos, solo cuéntenos qué cambió en la institución."
Cómo completarlo:
Este mes el consumo de energía incrementó porque se instalaron dos aires acondicionados nuevos.

Ejemplo A

Informe de gestión de residuos 2026

Modelo A

SEPARACIÓN EN LA FUENTE

Inorgánicos

Residuos Valorizables: papel, cartón, plásticos, vidrio, metales y tetrapak).

Residuos Orgánicos: Hojas y ramas de los árboles, cascara de las frutas, residuos alimenticios en general. (Estos se pueden compostar).

Residuos No Valorizables: Vasos/platos/envases de foam cucharas/tenedores/cuchillos/vasos plásticos no valorizables, servilletas sucias, papel de baño usados, entre otros.

Residuos de Manejo especial: Tóner, cartuchos de tintas, luminarias fluorescentes, baterías, neumáticos, envases de aceites lubricantes, pilas, residuos de gran volumen entre otros.

VICEMINISTERIO DE CAMBIO CLIMÁTICO Y SOSTENIBILIDAD

Generación total de residuos 2026

Kg residuos

Meses

TOTAL GENERADO (kg)

Informe de gestión de agua 2026

2026 | Responsable del reporte | Ing. Abel Gonzalez

Volumen total del consumo de agua domestica

Mes (2026)	Consumo (M3)	Observaciones
Enero	0	
Febrero	1790	
Marzo	2169	
Abril	1812	
Mayo	2120	
Junio	3846	
Julio	3384	
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Total consumo	15121	

Consumo de agua (m3)

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	1790	2169	1812	2120	3846	3384					

so de la población a calidad de un 50% al s en el 2028 en toda	1.1.2 Incrementada la infraestructura de servicio en la red publica en todo el territorio nacional con énfasis en el primer nivel de atención, en un 100% en e año 2028	25-12-00-0001 25-12-00-0002 25-12-00-0003	22,000,000.00	VPGRSA-DGR-1.1.2.2.3.E	1.1.2.2 Población tiene acceso a Infraestructura adecuada para recibir servicios de salud con énfasis en la estrategia de atención primaria	Estratégico	1.1.2.2.3.Evaluaciones hospitales resilientes	6	1. Desa hospita 2. Desa realizac
					2.2.1.1 Población recibe respuesta				1. Forta de Ries

Circular de metas de sostenibilidad ambiental

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

DESPACHO

010342

Santo Domingo, D. N.
06 de mayo del 2026

CIRCULAR

A los (as): Viceministros (as), Directores (as) y Encargados (as) Departamentales

Asunto: Socialización Política Transversal de Sostenibilidad Ambiental.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, este Ministerio continúa avanzando en la implementación de la Política Transversal de Sostenibilidad Ambiental, la cual forma parte integral de la Planificación del Desempeño Institucional (PDI).

Para el año 2026, el Ministerio de Medio Ambiente, como ente rector de la citada política, ha definido tres (3) metas priorizadas a implementar en el sector salud:

- Reducir el 2% del consumo de energía eléctrica.
- Clasificar residuos sólidos.
- Eliminar redes de soopso.

Desde el Comité Institucional de Gestión Ambiental, se estarán desarrollando acciones de capacitación, asesoramiento de sensibilización, a través de charlas dirigidas a los colaboradores responsables para dar un buen apoyo, cuidar bien y consumir lo justo de energía eléctrica, para el cumplimiento de las metas establecidas en nuestro área institucional.

En adición a lo, la agenda a seguir las decisiones y las determinaciones a asignar en el centro de la implementación de las tareas consisten en: asignación del gasto, confirmación, orientación a todo el personal de la institución y el procedimiento del mismo durante.

Agradeciendo la atención prestada a esta misiva, quedo dentro con sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente,

Miembro Mendez
Ministro de Salud Pública

AVIATAN

Plan Ambiental Institucional 2026-2027 y metas estratégicas

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
MEDIO AMBIENTE

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

PLAN AMBIENTAL INSTITUCIONAL

Política Transversal de Sostenibilidad Ambiental
Ve-sión 2026-2027



- **Eficiencia Energética:** Reducir al menos un 2% el consumo de energía. La reducción se reflejará en las facturas eléctricas de la sede principal, dando cumplimiento a los lineamientos nacionales de ahorro y uso eficiente.
- **Consumo Eficiente de Agua:** Reducir al menos un 2% el consumo de agua. Esto se evidenciará tomando como base el registro de consumo a partir del medidor instalado en la Sede principal.
- **Gestión Eficiente de Residuos Sólidos:** Gestionar de forma eficiente al menos un 2% de los residuos sólidos bajo principios de Economía Circular. Se comprobará mediante los registros de residuos clasificados en la fuente (debidamente pesados) y la evidencia de disposición final a través de un gestor autorizado.
- **Reducción de Plásticos de Un Solo Uso:** Reducir al menos un 2% la compra de plásticos de un solo uso. El cumplimiento se verificará a través de las órdenes de compra de artículos como botellas plásticas, vasos plásticos, recipientes de foam, entre otros.

5) Matriz de acciones del PAI 2027:

Mecanismo de seguimiento del PAI 2027

El seguimiento a la implementación del PAI 2027 estará a cargo del Comité Institucional de Gestión Ambiental (CIGA), en coordinación con las áreas responsables. Se realizará de manera trimestral, verificando el avance de las actividades, el cumplimiento de las metas definidas, así como las evidencias que sustenten los resultados alcanzados.

Al cierre de cada trimestre, el CIGA elaborará y firmará un informe de seguimiento, que incluirá los avances alcanzados, actividades pendientes, dificultades identificadas y acciones de mejora. Este informe será remitido a la entidad rectora de la Política Transversal de Sostenibilidad Ambiental (PTSA) a más tardar 15 días calendario después del cierre de cada trimestre.

Los resultados del seguimiento permitirán identificar oportunamente desviaciones y establecer las medidas correctivas necesarias para favorecer el cumplimiento de las metas ambientales y la mejora continua de la gestión institucional.

Tarea No. 5: Socializar los avances institucionales en sostenibilidad



Criterio 8. Resultados de Responsabilidad Social

Subcriterio: 8.2: Mediciones del rendimiento organizacional.

Área de Mejora No. 7

Descripción:
No se evidencia la definición de metas concretas que puedan medir el grado e importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación.

Objetivo de la mejora:
Establecer metas para medir y analizar la cobertura mediática.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Levantar histórico de menciones institucional en medios tradicionales y digitales (positivas y negativas).	Dirección de Comunicaciones	100%	Logrado	Se levantó el histórico de menciones institucional en medios tradicionales y digitales (positivas y negativas).
2	Clasificar las menciones según impacto, canal, tipo de cobertura y alcance.	Dirección de Comunicaciones	100%	Logrado	Fueron clasificadas las menciones según impacto, canal, tipo de cobertura y alcance.
3	Diseñar un sistema de monitoreo periódico de reputación mediática institucional.	Dirección de Comunicaciones	100%	Logrado	Se diseñó un sistema de monitoreo periódico de reputación mediática institucional.
4	Establecer metas cuantitativas y cualitativas sobre posicionamiento mediático positivo.	Dirección de Comunicaciones	100%	En proceso	Se establecieron metas cuantitativas y cualitativas para medir el posicionamiento y la reputación mediática institucional.
5	Incorporar estos indicadores en los informes de gestión institucional y rendición de cuentas.	Dirección de Comunicaciones	25%	En proceso	Se estableció el seguimiento de los indicadores mediante informes de monitoreo; queda pendiente su incorporación en los informes de gestión institucional y rendición de cuentas.

Nivel de implementación:

- **85.00 % de avance general (promedio ponderado de los resultados individuales).**
- **100% al cierre del año.**

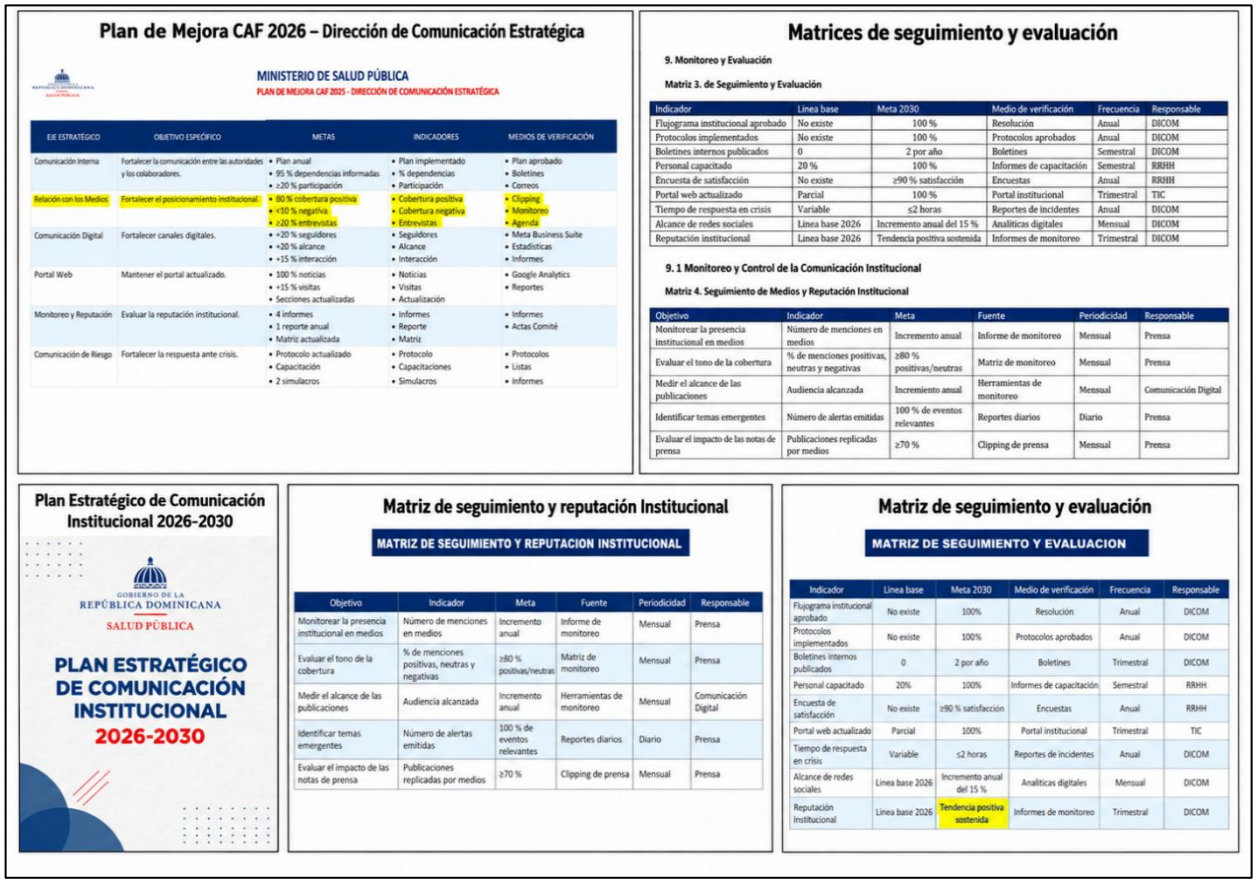
Comentarios / avances

Durante el período reportado se alcanzaron avances importantes en la gestión de la reputación mediática institucional, el levantamiento y clasificación de las menciones en medios tradicionales y digitales, así como el diseño de un sistema de monitoreo periódico. Asimismo, mediante las matrices de monitoreo y seguimiento y el Plan Estratégico de Comunicación Institucional 2026-2030, se evidenció el establecimiento de indicadores y metas cuantitativas y cualitativas para el seguimiento del posicionamiento y la reputación institucional, incluyendo metas de cobertura positiva o neutra, incremento de menciones y una tendencia positiva sostenida.

De igual manera, se contempló el seguimiento periódico de estos indicadores mediante informes de monitoreo; no obstante, permanece pendiente su incorporación efectiva en los informes de gestión institucional y rendición de cuentas.

EVIDENCIAS -Área de Mejora No. 7:

Tarea No.4: Establecer metas cuantitativas y cualitativas sobre posicionamiento mediático positivo.



Plan de Mejora CAF 2026 – Dirección de Comunicación Estratégica

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

PLAN DE MEJORA CAF 2025 - DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	METAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Comunicación Interna	Fortalecer la comunicación entre las autoridades y los colaboradores.	• Plan anual • 95 % dependencias informadas • ≥20 % participación	• Plan implementado • % dependencias • Participación	• Plan aprobado • Boletines • Correos
Relación con los Medios	Fortalecer el posicionamiento institucional.	• 80 % cobertura positiva • <10 % negativa • ≥20 % entrevistas	• Cobertura positiva • Cobertura negativa • Entrevistas	• Clipping • Monitoreo • Agenda
Comunicación Digital	Fortalecer canales digitales.	• +20 % seguidores • +20 % alcance • +15 % interacción	• Seguidores • Alcance • Interacción	• Meta Business Suite • Estadísticas • Informes
Portal Web	Mantener el portal actualizado.	• 100 % noticias • +15 % visitas • Secciones actualizadas	• Noticias • Visitas • Actualización	• Google Analytics • Reportes
Monitoreo y Reputación	Evaluar la reputación institucional.	• 4 informes • 1 reporte anual • Matriz actualizada	• Informes • Reporte • Matriz	• Informes • Actas Comité
Comunicación de Riesgo	Fortalecer la respuesta ante crisis.	• Protocolo actualizado • Capacitación • 2 simulacros	• Protocolo • Capacitaciones • Simulacros	• Protocolos • Listas • Informes

Matrices de seguimiento y evaluación

9. Monitoreo y Evaluación

Matriz 3. de Seguimiento y Evaluación

Indicador	Línea base	Meta 2030	Medio de verificación	Frecuencia	Responsable
Flujograma institucional aprobado	No existe	100 %	Resolución	Anual	DICOM
Protocolos implementados	No existe	100 %	Protocolos aprobados	Anual	DICOM
Boletines internos publicados	0	2 por año	Boletines	Semestral	DICOM
Personal capacitado	20 %	100 %	Informes de capacitación	Semestral	RRHH
Encuesta de satisfacción	No existe	≥90 % satisfacción	Encuestas	Anual	RRHH
Portal web actualizado	Parcial	100 %	Portal institucional	Trimestral	TIC
Tiempo de respuesta en crisis	Variable	≤2 horas	Reportes de incidentes	Anual	DICOM
Alcance de redes sociales	Línea base 2026	Incremento anual del 15 %	Analíticas digitales	Mensual	DICOM
Reputación institucional	Línea base 2026	Tendencia positiva sostenida	Informes de monitoreo	Trimestral	DICOM

9. 1 Monitoreo y Control de la Comunicación Institucional

Matriz 4. Seguimiento de Medios y Reputación Institucional

Objetivo	Indicador	Meta	Fuente	Periodicidad	Responsable
Monitorear la presencia institucional en medios	Número de menciones en medios	Incremento anual	Informe de monitoreo	Mensual	Prensa
Evaluar el tono de la cobertura	% de menciones positivas, neutras y negativas	≥80 % positivas/neutras	Matriz de monitoreo	Mensual	Prensa
Medir el alcance de las publicaciones	Audiencia alcanzada	Incremento anual	Herramientas de monitoreo	Mensual	Comunicación Digital
Identificar temas emergentes	Número de alertas emitidas	100 % de eventos relevantes	Reportes diarios	Diario	Prensa
Evaluar el impacto de las notas de prensa	Publicaciones replicadas por medios	≥70 %	Clipping de prensa	Mensual	Prensa

Plan Estratégico de Comunicación Institucional 2026-2030

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PLAN ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL 2026-2030

Matriz de seguimiento y reputación Institucional

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y REPUTACION INSTITUCIONAL

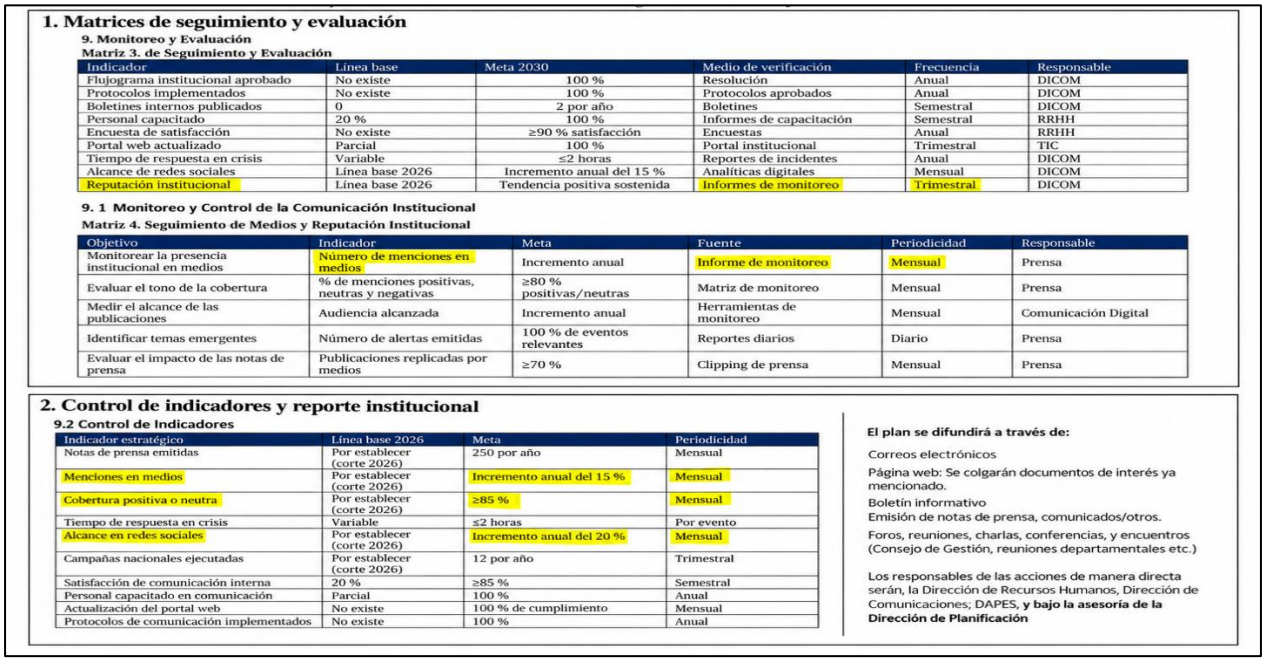
Objetivo	Indicador	Meta	Fuente	Periodicidad	Responsable
Monitorear la presencia institucional en medios	Número de menciones en medios	Incremento anual	Informe de monitoreo	Mensual	Prensa
Evaluar el tono de la cobertura	% de menciones positivas, neutras y negativas	≥80 % positivas/neutras	Matriz de monitoreo	Mensual	Prensa
Medir el alcance de las publicaciones	Audiencia alcanzada	Incremento anual	Herramientas de monitoreo	Mensual	Comunicación Digital
Identificar temas emergentes	Número de alertas emitidas	100 % de eventos relevantes	Reportes diarios	Diario	Prensa
Evaluar el impacto de las notas de prensa	Publicaciones replicadas por medios	≥70 %	Clipping de prensa	Mensual	Prensa

Matriz de seguimiento y evaluación

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Indicador	Línea base	Meta 2030	Medio de verificación	Frecuencia	Responsable
Flujograma institucional aprobado	No existe	100%	Resolución	Anual	DICOM
Protocolos implementados	No existe	100%	Protocolos aprobados	Anual	DICOM
Boletines internos publicados	0	2 por año	Boletines	Trimestral	DICOM
Personal capacitado	20%	100%	Informes de capacitación	Semestral	RRHH
Encuesta de satisfacción	No existe	≥90 % satisfacción	Encuestas	Anual	RRHH
Portal web actualizado	Parcial	100%	Portal institucional	Trimestral	TIC
Tiempo de respuesta en crisis	Variable	≤2 horas	Reportes de incidentes	Anual	DICOM
Alcance de redes sociales	Línea base 2026	Incremento anual del 15 %	Analíticas digitales	Mensual	DICOM
Reputación institucional	Línea base 2026	Tendencia positiva sostenida	Informes de monitoreo	Trimestral	DICOM

Tarea No.5: Incorporar estos indicadores en los informes de gestión institucional y rendición de cuentas.



1. Matrices de seguimiento y evaluación

9. Monitoreo y Evaluación

Matriz 3. de Seguimiento y Evaluación

Indicador	Línea base	Meta 2030	Medio de verificación	Frecuencia	Responsable
Flujograma institucional aprobado	No existe	100 %	Resolución	Anual	DICOM
Protocolos implementados	No existe	100 %	Protocolos aprobados	Anual	DICOM
Boletines internos publicados	0	2 por año	Boletines	Semestral	DICOM
Personal capacitado	20 %	100 %	Informes de capacitación	Semestral	RRHH
Encuesta de satisfacción	No existe	≥90 % satisfacción	Encuestas	Anual	RRHH
Portal web actualizado	Parcial	100 %	Portal institucional	Trimestral	TIC
Tiempo de respuesta en crisis	Variable	≤2 horas	Reportes de incidentes	Anual	DICOM
Alcance de redes sociales	Línea base 2026	Incremento anual del 15 %	Analíticas digitales	Mensual	DICOM
Reputación institucional	Línea base 2026	Tendencia positiva sostenida	Informes de monitoreo	Trimestral	DICOM

9. 1 Monitoreo y Control de la Comunicación Institucional

Matriz 4. Seguimiento de Medios y Reputación Institucional

Objetivo	Indicador	Meta	Fuente	Periodicidad	Responsable
Monitorear la presencia institucional en medios	Número de menciones en medios	Incremento anual	Informe de monitoreo	Mensual	Prensa
Evaluar el tono de la cobertura	% de menciones positivas, neutras y negativas	≥80 % positivas/neutras	Matriz de monitoreo	Mensual	Prensa
Medir el alcance de las publicaciones	Audiencia alcanzada	Incremento anual	Herramientas de monitoreo	Mensual	Comunicación Digital
Identificar temas emergentes	Número de alertas emitidas	100 % de eventos relevantes	Reportes diarios	Diario	Prensa
Evaluar el impacto de las notas de prensa	Publicaciones replicadas por medios	≥70 %	Clipping de prensa	Mensual	Prensa

2. Control de indicadores y reporte institucional

9.2 Control de Indicadores

Indicador estratégico	Línea base 2026	Meta	Periodicidad
Notas de prensa emitidas	Por establecer (corte 2026)	250 por año	Mensual
Menciones en medios	Por establecer (corte 2026)	Incremento anual del 15 %	Mensual
Cobertura positiva o neutra	Por establecer (corte 2026)	≥85 %	Mensual
Tiempo de respuesta en crisis	Variable	≤2 horas	Por evento
Alcance en redes sociales	Por establecer (corte 2026)	Incremento anual del 20 %	Mensual
Campañas nacionales ejecutadas	Por establecer (corte 2026)	12 por año	Trimestral
Satisfacción de comunicación interna	20 %	≥85 %	Semestral
Personal capacitado en comunicación	Parcial	100 %	Anual
Actualización del portal web	No existe	100 % de cumplimiento	Mensual
Protocolos de comunicación implementados	No existe	100 %	Anual

El plan se difundirá a través de:

Correos electrónicos

Página web: Se colgarán documentos de interés ya mencionado.

Boletín informativo

Emisión de notas de prensa, comunicados/otros.

Foros, reuniones, charlas, conferencias, y encuentros (Consejo de Gestión, reuniones departamentales etc.)

Los responsables de las acciones de manera directa serán, la Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Comunicaciones; DAPES, **y bajo la asesoría de la Dirección de Planificación**

Criterio 8. Resultados de Responsabilidad Social Subcriterio:

8.2: Mediciones del rendimiento organizacional.

Área de Mejora No. 8

Descripción:

No se evidencia la definición de metas concretas que puedan medir los 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). Objetivo de la mejora: Implementar medición y seguimiento de acciones ambientales institucionales.

Nivel de implementación:

100% de cumplimiento para el primer semestre 2026

Criterio 9: Resultados Clave de Rendimiento

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

Área de Mejora No. 9

Descripción:
No se evidencia la definición de objetivos específicos que puedan medir los resultados de inspecciones o evaluaciones externas y auditorías de desempeño.

Objetivo de la mejora:
Definir objetivos que permitan evaluar resultados de auditorías externas.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Recopilar informes históricos de auditorías externas y evaluaciones institucionales realizadas por entes externos.	Dirección de Fiscalización del Gasto	100%	Logrado	Se recopilaron los informes históricos de auditorías externas y evaluaciones institucionales realizadas por la Contraloría General de la República (CGR) y la Cámara de Cuentas.
2	Clasificar hallazgos y recomendaciones por área, frecuencia, criticidad y cumplimiento.	Dirección de Fiscalización del Gasto	100%	Logrado	Se elaboró una Matriz de Clasificación de Hallazgos la cual contempla las recomendaciones, frecuencia, criticidad y cumplimiento.
3	Definir objetivos y metas institucionales vinculadas a los resultados de auditorías externas y su implementación.	Dirección de Fiscalización del Gasto	100%	Logrado	En la matriz indicada en el punto anterior se definieron los objetivos y metas institucionales vinculadas a los resultados de auditorías externas y su implementación.
4	Incluir estos objetivos e indicadores en el sistema de seguimiento institucional (POA).	Dirección de Fiscalización del Gasto	100%	Logrado	Se reaizó la solicitud al Departamento de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos, el proceso para la incorporación de estos objetivos al Plan Operativo Anual (POA) 2027, la cual fue parobada por la directora de Planificación y Desarrollo.

Nivel de implementación:

- **100.00 % de cumplimiento.**

Comentarios / avances

Durante el período evaluado se recopilaron y analizaron informes históricos de auditorías externas y evaluaciones institucionales realizadas por la Contraloría General de la República y la Cámara de Cuentas. A partir de este levantamiento, se elaboró una Matriz de Clasificación de Hallazgos, mediante la cual se organizaron las recomendaciones según su impacto, criticidad, frecuencia y nivel de cumplimiento.

Asimismo, se definieron objetivos y metas institucionales orientados a fortalecer el seguimiento y la implementación de las recomendaciones derivadas de las auditorías externas. Como parte de este proceso, se realizó la solicitud para la incorporación de estos objetivos e indicadores al Plan Operativo Anual (POA) 2027, la cual fue aprobada por la Dirección de Planificación y Desarrollo, avanzando así en su integración a los instrumentos institucionales de planificación y seguimiento.

EVIDENCIAS - Área de Mejora No. 9

Tarea No. 4.-Incluir estos objetivos e indicadores en el sistema de seguimiento institucional (POA).

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

DPD No. 0751-2026

Santo Domingo, D.N.
07 de septiembre del 2026

Licdo. Luis Neil Fernández Mena
Director
Dirección Control y Fiscalización del Gasto
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Su Despacho. -

Asunto: Solicitud de ajustes al POA 2027.

Distinguido Licdo. Fernández:

En atención a la solicitud presentada mediante el oficio **MSP-DCFG-188-2026 POA-CAF**, de fecha 20 de agosto de 2026, informamos que no tenemos objeción en la desvinculación de la actividad "Coordinar la entrega de información con las áreas internas vinculadas al alcance de las auditorías externas de la CGR y la CCRD" del producto "Índice NOBACI monitoreado trimestralmente y mantenido con puntuación igual o superior a 96,33 puntos".

La modificación se considera metodológicamente procedente, debido a que la actividad señalada está relacionada con la atención y seguimiento de requerimientos derivados de auditorías externas y no contribuye directamente al logro del producto asociado al Índice NOBACI. En consecuencia, su permanencia dentro de dicho producto afectaría la coherencia entre el producto, sus actividades y los medios de verificación.

En lo que respecta a la propuesta de incorporar al POA 2027 las acciones pendientes del Plan de Mejora CAF 2026, se considera pertinente su incorporación mediante un producto específico relacionado con la coordinación y atención de los requerimientos derivados de auditorías externas de la Contraloría General de la República (CGR) y la Cámara de Cuentas de la República Dominicana (CCRD).

Para estos fines, la Dirección de Control y Fiscalización del Gasto deberá validar y definir las actividades, indicadores y medios de verificación que conformarán el producto propuesto, así como el cronograma para su ejecución, de acuerdo con las responsabilidades de esa Dirección.

Una vez recibida y validada la propuesta definitiva, la Dirección de Planificación y Desarrollo realizará los ajustes correspondientes en la formulación del POA 2027.

Agradeciendo la gentileza de su atención, le saluda,

Atentamente,

Rosanna Elizabeth Arias Tejeda
Dirección de Planificación y Desarrollo
RAT/MVP/hv.

DIRECCIÓN DE CONTROL REVISIÓN Y FISCALIZACIÓN (MSP)
Recibido por
Fecha 7/9/26 Hora 2:00 p.m

Av. Héctor Homero Hernández Vargas Esq. Av. Tiradentes, Ens. La Fe, Santo Domingo, D.N. 10514
Teléfono: 809-541-3121 www.msp.gob.do RNC No. 401007398

Criterio 9: Resultados Clave de Rendimiento

Subcriterio 9.2: Resultados internos: nivel de eficiencia.

Área de Mejora No. 10

Descripción:
No evidencia la definición de objetivos concretos para medir resultados de auditorías internas.

Objetivo de la mejora:
Incorporar objetivos e indicadores claros para auditorías internas.

Actividades ejecutadas:

No.	Actividad	Responsable	Nivel de Avance	Resultado Final	Comentarios
1	Recopilar el histórico de auditorías internas realizadas y sus principales hallazgos.	Departamento de Calidad en la Gestión	100%	Logrado	Se recopiló el histórico de auditorías internas realizadas y sus principales hallazgos.
2	Identificar áreas recurrentes de mejora, cumplimiento y no conformidades.	Departamento de Calidad en la Gestión	100%	Logrado	Se identificaron las áreas recurrentes de mejora, cumplimiento y no conformidades.
3	Definir objetivos y metas anuales relacionadas con el cierre efectivo de hallazgos.	Departamento de Calidad en la Gestión	100%	Logrado	Se definieron los objetivos y metas anuales para el cierre efectivo de hallazgos.
4	Incorporar estos objetivos como parte del sistema de indicadores.	Departamento de Calidad en la Gestión	100%	Logrado	Se incorporaron los objetivos como parte del sistema de indicadores institucionales.
5	Elaborar informes periódicos que visibilicen los avances, cumplimiento de recomendaciones y mejora continua.	Departamento de Calidad en la Gestión	100%	Logrado	Se elaboran informes de avance de los hallazgos levantados en las auditorias internas.

Nivel de implementación:

- **100% de cumplimiento.**

Comentarios / avances

Durante el período evaluado se fortaleció el seguimiento a las auditorías internas mediante la recopilación y consolidación del histórico de auditorías y sus principales hallazgos, así como la identificación de áreas recurrentes de mejora, cumplimiento y no conformidades.

A partir de este análisis, se definieron objetivos y metas anuales vinculados al cierre efectivo de hallazgos, los cuales fueron incorporados al sistema institucional de indicadores. Asimismo, se establecieron mecanismos para la elaboración de informes periódicos de seguimiento, orientados a visibilizar los avances, el cumplimiento de las recomendaciones y las acciones de mejora continua. Con la implementación de estas acciones, el Área de Mejora No. 10 alcanza un 100 % de cumplimiento.

EVIDENCIAS - Área de Mejora No. 10

Actividad No.3: Definir objetivos y metas anuales relacionadas con el cierre efectivo de hallazgos.

Actividad No.4: Incorporar estos objetivos como parte del sistema de indicadores.

EXTRACTO DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL DE INDICADORES

Indicadores vinculados a las acciones del Plan de Mejora CAF 2026 que requieren incorporación en la matriz o en el sistema institucional de indicadores.

Área de	Criterio	Acción / Tarea del Plan	Código	Tipo	Nombre del Indicador	Forma de Cálculo	Meta	Frecuencia	Área Responsable	Fuente de Datos / Medio de	Vinculación
AM 3	Criterio 7	Incluir este indicador en la matriz institucional de seguimiento de resultados.	PI-011	Resultado	Índice de Percepción Favorable sobre la Responsabilidad Social Institucional (IPFRSI).	Promedio de los porcentajes de respuestas favorables en las dimensiones de conocimiento, percepción del impacto y cultura institucional de Responsabilidad Social Institucional.	80%	Anual	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Encuesta de Percepción sobre Responsabilidad Social Institucional / Informe Técnico de Resultados.	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 3
	Criterio 7		PI-012	Resultado	Comité de Responsabilidad Social (CORESI)	(No. de voluntarios registrados que participaron efectivamente en al menos una actividad de RSI ÷ No. total de voluntarios registrados) × 100	50%	Semestral	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Matriz Maestra de Voluntarios / Sistema Institucional de Registro y Seguimiento de Voluntariado RSI	
AM 5	Criterio 8	Incorporar estos indicadores en la matriz institucional y los informes anuales.	PI-015	Resultado	Porcentaje de cumplimiento del Cronograma Anual de RSI.	(No. de actividades RSI ejecutadas ÷ No. de actividades RSI programadas) × 100.	90%	Semestral	Comité Institucional de Gestión Ambiental / Dirección de Salud Ambiental	Diagnóstico institucional de sostenibilidad / registros ambientales / informes anuales / evidencias de sostenibilidad	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 5
AM 6	Criterio 8	Incorporar estos indicadores y las metas en la matriz institucional.	PI-014	Resultado	Porcentaje de cumplimiento de las metas de las líneas sociales priorizadas.	(No. de metas cumplidas ÷ No. total de metas establecidas) × 100.	80%	Semestral	Comité de Responsabilidad Social Institucional (CORESI)	Plan de Responsabilidad Social.	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 6
AM 9	Criterio 9	Incluir estos objetivos e indicadores en el sistema de seguimiento institucional (POA).	PI-017	Resultado	% Porcentaje de recomendaciones externas implementadas	(Número de recomendaciones externas implementadas ÷ Total de recomendaciones externas sujetas a seguimiento) × 100	100%	Anual	Dirección de Control y Fiscalización	Matriz Clasificación de Hallazgos / informes de auditorías externas / Matriz de seguimiento de recomendaciones / informes de avance	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 9 / POA
AM 10	Criterio 9	Incorporar estos objetivos como parte del sistema de indicadores.	P-008	Proceso	Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría interna	Número de auditorías ejecutadas / Total de auditorías programadas × 100	95%	Trimestral	Dirección de Planificación y Desarrollo	Programa de Auditoría Interna (DPD-CGD-FO-004)	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 10
AM 10	Criterio 9	Incorporar estos objetivos como parte del sistema de indicadores.	P-009	Proceso	Porcentaje de auditorías ejecutadas en la fecha planificada	Número de auditorías ejecutadas en la fecha planificada / Total de auditorías ejecutadas × 100	90%	Trimestral	Dirección de Planificación y Desarrollo	Plan de Auditoría Interna (DPD-CGD-FO-005)	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 10
AM 10	Criterio 9	Incorporar estos objetivos como parte del sistema de indicadores.	P-010	Proceso	Porcentaje de planes de auditoría elaborados dentro del plazo establecido	Número de planes elaborados dentro de los 10 días hábiles establecidos / Total de planes de auditoría requeridos × 100	95%	Trimestral	Dirección de Planificación y Desarrollo	Plan de Auditoría Interna (DPD-CGD-FO-005)	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 10
AM 10	Criterio 9	Incorporar estos objetivos como parte del sistema de indicadores.	P-011	Proceso	Porcentaje de informes de auditoría emitidos dentro del plazo establecido	Número de informes emitidos dentro de los 7 días hábiles establecidos / Total de informes de auditoría emitidos × 100	95%	Trimestral	Dirección de Planificación y Desarrollo	Informe de Auditoría Interna (DPD-CGD-FO-007)	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 10
AM 10	Criterio 9	Incorporar estos objetivos como parte del sistema de indicadores.	P-012	Proceso	Porcentaje de auditores internos con desempeño satisfactorio	Número de auditores con evaluación satisfactoria o superior / Total de auditores evaluados × 100	90%	Anual	Dirección de Planificación y Desarrollo	Formulario de Evaluación de Auditores Internos (DPD-CGD-FO-009)	Plan de Mejora CAF 2026 – AM 10

Actividad No.5: Elaborar informes periódicos que visibilicen los avances, cumplimiento de recomendaciones y mejora continua.



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS HALLAZGOS DE AUDITORIA INTERNA OCTUBRE 2025

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

JUNIO 2026

Directora de Planificación y Desarrollo:

Rosanna Arias Tejeda

Equipo:

Rocío Veras/ Enc. Calidad en la Gestión y Desarrollo Institucional
Leby Rodríguez/ Enc. División de Sistemas y Procesos
Ramona Muñoz / Analista de Calidad
Katherine Joa/ Analista de Calidad
Perla Liranzo / Analista de Calidad

IV. Resumen Avance Cuantitativo del Plan de Mejora Institucional 2026

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

No.	Área de Mejora	% de Ejecución	Cumplimiento del Plan de Mejora
1	No se evidencia el diseño e institucionalización de una política de reconocimiento laboral, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	80%	90%
2	No se evidencia la planificación, el control y la retroalimentación de la gestión de las instalaciones de la institución.	88%	
3	No se evidencia un indicador institucional específico que mida de forma sistemática la percepción del personal sobre las acciones de responsabilidad social ejecutadas por el MISPAS.	100%	
4	No se cuenta con un mecanismo formal de registro y seguimiento de la participación voluntaria del personal en las actividades de responsabilidad social	75%	
5	No se evidencia la definición de metas concretas que puedan medir las acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja o con necesidades especiales, así como también, actividades culturales abiertas al público y préstamo de instalaciones.	75%	
6	No se evidencia el impacto de la organización en la sostenibilidad medioambiental, incluido el cambio climático.	100%	
7	No se evidencia la definición de metas concretas que puedan medir el grado e importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación	85%	
8	No se evidencia la definición de metas concretas que puedan medir los 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 cobrepasen la misión de la institución)	100%	
9	No se evidencia la definición de objetivos específicos que puedan medir los resultados de inspecciones o evaluaciones externas y auditorías de desempeño.	100%	
10	No se evidencia la definición objetivos concretos para medir los resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	100%	
		90%	

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA