

**GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL
CON EL MODELO CAF PARA ENTIDADES DEL SECTOR SALUD.
(Basado en la versión CAF 2020).**

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

_____HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI_____

FECHA:

_____MAYO 2026_____

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

La primera versión de la guía se elaboró en el año 2005, bajo la asesoría de María Jesús Jiménez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), de España y ha sido actualizada en distintas ocasiones, acorde a las nuevas versiones que se van produciendo del Modelo CAF.

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, de la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
2. De inicio, distribuir los criterios entre los miembros del Comité de Calidad para ser analizados en forma individual. Cada responsable, debe trabajar un criterio a la vez, leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si se asemejan o no a lo que está haciendo la organización.
3. En la columna de **Puntos Fuertes**, señalar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo planteado por el Subcriterio, tomando como referencia los ejemplos en cuestión u otras acciones que esté desarrollando la organización, que se correspondan con lo planteado por el Subcriterio. En cada punto fuerte, debe señalar la **evidencia** que lo sustenta y recopilar la información para fines de verificación.
4. En la columna **Áreas de Mejora**, registrar todo aquello, relacionado con el Subcriterio, en donde la organización muestre poco o ningún avance, que no guarde relación con alguno o ninguno de los ejemplos, o que sencillamente, no pueda evidenciar. En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”; sin hacer propuestas de mejora.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el tema, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Autoevaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

Considere qué están haciendo el liderazgo de la organización para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (Directivos y supervisores): I. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	Nuestra Misión, Visión y Valores están formulados según los lineamientos del SNS, contamos con Misión, Visión y Valores desde nuestro inicio, donde hemos tenido varios ciclos actualizando y agregando nuevos valores, manteniendo un proceso de revisión continúa implementando mejoras. Convocamos a todos los grupos de interés y luego procedimos a las reuniones con ellos, donde la participación y lluvia de ideas fluyeron para luego llegar a los acuerdos pertinentes para realizar nuestra filosofía institucional; Luego agotamos un periodo de presentación a los diferentes grupos de interés para llegar a nuestra Misión, Visión y Valores tienen como punto fuerte la implicación de los empleados y la comunidad. Al finalizar el proceso procedimos a colocarla en las diferentes áreas del centro y en las redes sociales que manejamos. Los encargados departamentales se encargan de socializar con sus colaboradores la filosofía institucional dos veces al año y en cada reunión del comité de calidad se socializa. Misión. “Somos una institución comprometida a brindar servicios médicos y académicos con los más altos estándares de calidad, para mejorar la condición de salud de nuestros usuarios, contando con personal competente, procesos efectivos e innovadores, y tecnología avanzada.” Visión.	

	“Ser una institución líder en la prestación de Servicios médicos y académicos de excelencia, que contribuye al desarrollo del sistema de salud dominicano, y constituye la primera elección de sus usuarios”. Valores’ Humanización Excelencia y Calidad Innovación Transparencia Profesionalidad Integridad Contamos con fotos y listados de participantes de nuestra última actualización, listado y fotos de participación de la socialización de nuestra filosofía institucional con los diferentes grupos de interés Evidencias: página web(http://hospitalcalventi.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos), Murales y redes sociales.	
2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.	Contamos con un marco de Valores desde el inicio de la institución, hemos pasado por varias actualizaciones respetando el marco general de valores del sector público y alineados con la misión y la visión del SNS, estos Valores fueron gestionados mediante el ciclo PDCA asegurando que principios como la humanización, integridad y transparencia sean la corriente principal de nuestra estrategia, alineados a valores intrínsecos a nuestra naturaleza. Este enfoque garantiza un entorno de servicio al ciudadano que respeta la equidad y el estado de derecho en cada intervención de salud. Marco de Valores: Humanización, Excelencia y Calidad, Innovación, Transparencia,	

	Profesionalidad, Integridad. Evidencias: web(http://hospitalcalventi.gob.d/index.php/sobrenosotros/quienessomos). Misión, Visión y Valores en murales y redes sociales.	
3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.	Nuestra Misión, Visión y Valores están alineados con la Constitución de la República Dominicana del año 2015 Art. 61 del Derecho a la Salud, También está alineado con el Segundo Eje de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Objetivo 2.1 Salud y Seguridad Social Integral, el cual procura entre otras cosas reducir la mortalidad materna e infantil. Acceso a la Salud Universal que considera disminuir la muerte de recién nacidos, formar parte de la red hospitalaria pública, servicios de salud para garantizar el derecho de la mujer incorporar la perspectiva de género en la oferta de servicios, ejecutar programas de salud para la mujer, fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, reducir la alta tasa de mortalidad materna, brindar educación para una vida sexual responsable. También nos alineamos con el ODS 3 salud y bienestar cuyas metas 3.1 establece la reducción de la tasa de mortalidad materna y 3.2 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. Finalmente nos alineamos con el Plan Estratégico Institucional del Servicio Nacional de Salud 2024-2028 con sus ejes y objetivos estratégicos. Ley No. 55-93 del 31 de diciembre del 1993, sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA);	

	Ley No. 146 sobre pasantía de médicos recién graduados, del 13 de mayo de 1967; Ley No. 329-98, del 11 de agosto del año 1998, que regula la donación y legado, extracción, conservación e intercambio para trasplante de órganos y tejidos Humanos. Ley No. 200-04 del trece (13) de abril del año 2004, General de Libre Acceso a la Información Pública; Evidencia: Marco general de valores alineados con planes globales y al Plan Estratégico SNS.	
4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.	El hospital tiene una comunicación fluida de nuestra Misión, Visión y Valores, mediante comunicaciones a todos los departamentos para socializar con todo el personal, realizamos actividades donde participan todos los empleados, se publica en el portal de transparencia. Damos participación a la comunidad y todos los grupos de interés, socializamos con ellos nuestra Misión, Misión, Valores y objetivos estratégicos mediante comunicaciones y reuniones. Hemos implementado canales digitales de comunicación que fortalecen la interacción institucional tanto con los empleados como con otras partes interesadas. Nuestro plan de comunicación interna y externa cuenta con dos actividades anual de publicar nuestra filosofía institucional, por medio de todos los canales de comunicación que contamos, siendo uno de estos el brochure de Carta Compromiso que se publica trimestral por las redes sociales. Evidencias: Ccomunicaciones escritas, correos institucionales, murales, brochure carta compromiso al ciudadano, listados de participantes, agendas y fotos, Instagram, Facebook, Twitter.	

5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).	Revisamos periódicamente la Misión, Visión, los Valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo. Con la reforma de salud digital hemos optimizado la infraestructura de red para garantizar la sostenibilidad del sistema; este proceso modernizó la operatividad, y fortaleció la transparencia y la confianza ciudadana al contar con información rápida y segura para la toma de decisiones. Contamos con un servicio de almacenamiento en la nube a través de la compañía Claro, con el objetivo de resguardar la data institucional y asegurar la recuperación de la información ante cualquier desastre o imprevisto. Contamos con fibra óptica en todas las áreas, la conectividad, los equipos tecnológicos, el datacenter, los sistemas informáticos, la videovigilancia y los controles de acceso, alcanzando un nivel de mejora estimado en más de un 85 % respecto a la situación previa. Estas acciones han permitido fortalecer la eficiencia operativa, la seguridad de la información y la continuidad de los servicios hospitalarios. Entre los resultados concretos obtenidos se destacan la reducción de fallas tecnológicas, la mejora en la calidad del servicio ofrecido y un incremento en la satisfacción de los usuarios Evidencias: Plataformas digitales, software, POAI, encuestas de satisfacción al usuario, redes sociales.	
6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).	El área de Tecnología de la Información acompaña de manera activa al personal del hospital durante la implementación de nuevos sistemas y tecnologías. Este acompañamiento incluye la realización de capacitaciones, la provisión de soporte técnico continuo y el acompañamiento directo a los usuarios,	

	con el objetivo de facilitar la adopción de los cambios y minimizar posibles resistencias. Como resultado de este enfoque, se evidencia una mejor aceptación del personal hacia las nuevas herramientas tecnológicas, un mayor nivel de satisfacción y una disminución significativa de las quejas relacionadas con los servicios tecnológicos. El seguimiento de los procesos tecnológicos se realiza mediante el uso de indicadores, reportes periódicos y reuniones de coordinación, lo que permite evaluar el desempeño del área y realizar ajustes oportunos cuando es necesario. Entre los resultados concretos obtenidos se destacan la reducción de fallas tecnológicas, la mejora en la calidad del servicio ofrecido y un incremento en la satisfacción de los usuarios internos, evidenciando el impacto positivo de la gestión de procesos en el área de Tecnología de la Información. Colocamos en todas las áreas de manejo de información los equipos necesarios para manejar información rápida, segura y a tiempo como son: computadoras completas, internet, impresoras. El hospital ha impulsado de manera sostenida la transformación digital de sus procesos, priorizando la automatización y la reducción de procedimientos manuales. Entre los principales avances se destaca la digitalización de procesos que anteriormente se realizaban de forma manual, como los libros físicos de estadísticas, los registros y los procesos de facturación, los cuales ahora se gestionan mediante sistemas informáticos especializados. Durante el período evaluado se han implementado importantes innovaciones tecnológicas, entre ellas la incorporación de un nuevo sistema estadístico, la modernización del datacenter institucional, la adopción de soluciones de almacenamiento en la nube (Cloud) y la expansión de la infraestructura de fibra óptica en el hospital. Estas iniciativas han	
--	--	--

	contribuido a mejorar la eficiencia operativa y la confiabilidad de la información institucional. Evidencias: Plan Estratégico del SNS, Plan de Acción, software, datacenter, cloud claro, fibra óptica, certificación Nortic A2 y Nortic A3.	
7.Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.	Asumimos el código de ética del Sector Público y la Ley General de Salud. Tenemos el comité de ética conformado desde agosto 2017 y se reúne cada mes, este se rige por este código. La última actualización la realizamos en el año 2025. Hemos desarrollado metodología de gestión para fomentar el comportamiento ético alineado con la Ley General de Salud (42-01), Ley de Seguridad Social (87-01) y sus modificaciones, Ley de Función Pública (41-08), Ley No. 449-06 que modifica la Ley No. 340-06 sobre Contrataciones de Bienes, Obras, Servicios y Concesiones y la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información, y la Disposición 00018 del 21 de julio del 2014 que crea el Reglamento Disciplinario del Personal del Ministerio de Salud Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil. Contamos con una Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI). Donde publicamos todo lo concerniente a nuestro hospital Evidencias: Ley 42-01, Ley 41-08, Ley 449-06, Ley 200-04, Disposición 00018 del 21 de julio del 2014 que crea el Reglamento Disciplinario del Personal del Ministerio de Salud Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, Código de Ética y Acta del Comité de Ética y Disciplina, Comité de Compras. Oficina OAI.	

8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).	Nuestras autoridades fomentan la confianza entre los líderes y colaboradores creando un excelente ambiente de trabajo mediante: -La confianza, el compromiso y la colaboración entre directivos y colaboradores. -Cumplimiento con los derechos y deberes de los usuarios. -Comunicación abierta entre los diferentes grupos de interés. -Dando lo mejor de sí y predicando con el ejemplo para aumentar nuestra capacidad resolutive alcanzando así el logro de los objetivos organizacionales. -Compartiendo los conocimientos y aprendizaje con las personas, para un mejor desempeño laboral. -Realizamos reuniones periódicas con los encargados de cada departamento y la dirección, donde se discuten estrategias de mejoras de las diferentes áreas como son: 1- Políticas y objetivos estratégicos definidos y analizados durante el ejercicio de planificación. 2- Perfiles y funciones definidos para cada colaborador. 3- Velamos por el fiel cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios Evidencias: Documento de revisión, foto de actividades de cultura de valores. Minutas de reuniones dirección con las gerencias, fotos de murales de misión, visión y valores.	
---	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones,	Contamos con Mapa de Procesos, Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones aprobadas por el SNS Y el MAP.	No tenemos los procedimientos actualizados, consulta, quirófanos, internamiento y emergencias.

responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	LA RESOLUCION NUM. 04-2021 QUE APRUEBA LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI. LA RESOLUCION NUM. 04-2021 QUE APRUEBA EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI. Para la realización de estos procesos, se planifico con el SNS y el MAP, ciclos de adiestramientos con el acompañamiento presencial del MAP, Luego de completar el levantamiento de todas las áreas procedimos a enviar previa revisión en varias reuniones internas de los formularios a levantar, esos fueron enviados al MAP y aprobados. Luego recibimos el acompañamiento del SNS virtual para el diseño de nuaera estructura organizativa y mapa de procesos y manual de organizaciones y funciones. Al cabo de un mes de ser enviados recibimos la aprobación de esos manuales. Se han implementado unidades especializadas en la medicina que implica la definición de procesos, estructuras, funciones y responsabilidades con la finalidad de satisfacer las necesidades de los diferentes grupos de interés, dentro de las implementaciones de gran relevancia tenemos la unidad de: • Cuidados intensivos de adultos e intensivo neonatal • Hemodiálisis • Banco de sangre • Bacteriología • Reanimación • Trauma y observación para pacientes que acuden a la emergencia, • Unidad de atención para pacientes en crisis. • Unidad diagnostica • Unidad de gastroenterología. • Unidad de nutrición • Imágenes. Programa de TB	
--	--	--

	Programa de VIH Programa de Adolescentes. Tenemos los siguientes manuales actualizados: El Manual de Organización y Funciones aprobado por el SNS y el MAP. Manual de Limpieza General Manual de Bioseguridad. Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico. Manual de Esterilización Manual de Lavandería Manual de Limpieza para Derrames de Fluidos Corporales. Guía Farmacoterapéutica y su lanzamiento. Manual de Bioseguridad de la sección de Diagnóstico e Imágenes. Manual de Riesgos Laborales. Evidencias: Listado de participantes de reunión con el MAP, Manual de Organización y Funciones, Plan Operativo Anual, manuales internos, Mapa de Procesos, Organigrama y Estructura Organizativa, lanzamiento de la Guía Farmacológica.	
2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	Los objetivos y resultados están definidos en nuestro POA 2025 y 2026. Contamos con el Plan Estratégico del SNS, donde lo socializamos con el Comité de Calidad, Comité de Ética y representante de todas las áreas de nuestro hospital. En nuestra institución se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores de producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así como indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud. Se da participación activa a los departamentos en toma de decisiones, para el desarrollo de la institución. El Plan Operativo Anual (POA) 2025 constituye la	

	desagregación operativa del Plan Estratégico Institucional 2025-2028, alineado a la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público y el Plan de Gobierno 2024-2028. Contiene los objetivos, productos, indicadores, metas, cronogramas, resultados esperados y actividades que se impulsamos al finalizar el año 2025, vinculado con el presupuesto institucional, a fin de concretar lo planificado en función de las capacidades y la disponibilidad real de los recursos. Este documento describe la aplicación de las acciones contenidas en el Plan de Monitoreo y Evaluación (PME) sobre la ejecución Plan Operativo Anual (POA) Los principales indicadores priorizados por el Viceministerio de la Garantía de Calidad del Ministerio de Salud Pública cuantificables y de interés general para dar respuesta a la calidad en la atención son: 1-Infecciones asociadas a la atención en salud: como la neumonía, asociada a la ventilación mecánica, la infección de tracto urinario asociado al catéter urinario permanente, bacteriemia asociada a catéter central. 2-Infecciones en el área quirúrgica, indicadores de proceso para la prevención en sitio quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas. 3-Usa correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. 4-Relación parto cesárea, 5-auditoria de expedientes clínicos. 6-Habilitación de los servicios. 7- Profilaxis antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión. 8-Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente 9-Bacteriemia asociada a catéter venoso central. Indicadores calidad de la atención materna	
--	--	--

	9-Reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo. 10-Reducción de la mortalidad por trastornos hipertensivo del embarazo 11-Reducción de mortalidad por hemorragias. 12-Identificación de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estos indicadores son monitoreados con diferente periodicidad que van diario, semanal, mensual y trimestralmente. Son reportados a las autoridades. Posteriormente los resultados son evaluados por la Dirección Provincial de Salud. Manejamos diversidad de matrices, formularios reportes e informes que enviamos mediante un cronograma establecido nuestros indicadores, los cuales son valorados por diferentes instancias, donde no solo vemos nuestro cumplimiento sino también nos comparamos con entidades homologas a nuestra naturaleza. Evidencias: Ver matriz de POA, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, Cuadro de Indicadores del HPDAC, Informes de Monitoreo de los Indicadores, Sala Situacional Materno Neonatal, informes de bioseguridad.	
3.Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).	Garantizamos que el sistema de gestión evolucione continuamente para satisfacer las necesidades diferenciadas de salud de nuestros usuarios, tomando en cuenta acciones basadas en las expectativas de los usuarios detectadas en los buzones de sugerencias y línea 311, verificando el impacto de estas innovaciones en la eficiencia de los procesos. En nuestra institución se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores de producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así como	

	indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud. A todos los pacientes sin importar el género, clase social, nacionalidad, se les brinda asistencia Damos participación a la mujer donde esta ostenta un alto porcentaje de puestos gerenciales. Contamos con habitaciones para mujeres y hombres. En la toma de decisiones participan todos los gerentes sin importar el género, ni nacionalidad y en las actualizaciones de nuestra misión, visión y valores participan diferentes grupos de la comunidad e instituciones externas afines a nuestra naturaleza. Evidencias: Ver matriz de POA, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, fotos de reuniones con diferentes grupos e instituciones externas, nomina, QDRS, 311.	
4.Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).	Estamos inmerso en el proceso por primera vez de las NOBACI de segundo grado. Todos los colaboradores están capacitados y ya realizamos el levantamiento de la matriz consolidada para la valoración y administración de riesgo, estamos encaminados en hacer nuestro primer seguimiento. Tras una serie de reuniones, socialización y adiestramientos internos y externos procedimos a dar inicio a ese nuevo proceso. El sistema de información cuenta con diversos formularios y libros de registros, como son el libro de emergencias, el libro de partos, el libro de registro de vacunas y diversas plantillas físicas y electrónicas suministradas por los órganos rectores y directores del Sistema, además para la gestión de la información contamos con sistemas automatizados de gestión de la data (SIGMA) Contamos con el tablero de mando, plantilla de calidad, sala situacional materno infantil, planes de mejoras.	No hemos realizado el seguimiento a la matriz consolidada y de administración de riesgos de las NOBACI

	Conformamos la unidad de riesgos, emergencias y desastres. Evidencias: Planes de mejoras, indicadores de salud (tablero de mando, sala situacional rreportes de pproducción, Matrices, Metas SRSO, MSP y VMGC, POA, Fotos libros registros. Matriz consolidada de Riesgo, MGP	
5.Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.	En nuestro centro tenemos la cultura de visión del cambio y mejora continua de la calidad. Aplicamos los principios de mejora continua y garantía de la calidad desde el año 2018 mediante la implementación del Marco Común de Evaluación o Modelo CAF. Monitoreamos de manera continua el Cuadro de Indicadores de Calidad suministrado por el VMGC del MSP y rendimos cuenta trimestralmente en las videoconferencias y en los monitoreo del SRSO y el MAP por el SISMAP Salud. NOBACI para eficientizar el uso de los recursos del estado y la protección del medio ambiente. Evidencias: Comité de Calidad y Jornadas de trabajos, Autodiagnóstico CAF trabajada con los planes de mejora y sus seguimientos. Presentaciones de videoconferencias de calidad, SISMAP Salud, Ranking hospitalario, NOBACI	
6.La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	Nos alineamos a la administración electrónica con los objetivos operativos, planificando la integración de estos softwares para agilizar el registro de pacientes, destacando la digitalización de procesos que anteriormente se realizaban de forma manual, como los libros físicos de estadísticas, los registros y los procesos de facturación. Utilizamos la plataforma de indicadores de seguridad de emergencias. En el área de estadísticas utilizamos el Intranet, plataforma facilitada desde el SNS, donde reportamos el 67A,	

	72A, EPI1 y EPI2. Y toda la información va al repositorio del SNS. El SIP PLUS para obstetricia El 67 A para el repositorio del SNS, por medio del Intranet EPI 1 y 2 Ministerio de Salud Pública. Evidencias: Indicadores de seguridad de emergencias, Fotos, 67A, 72A, EPI 1 y 2. SIP. Software de facturación.	
7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.	Nuestro comité de calidad se reúne continuamente para generar las condiciones adecuadas para que los procesos fluyan. Estamos inmerso en las prácticas de Innovación de SRSO, con las Buenas Practicas de réplica de la estrategia IPAM. Espacios para las reuniones de la dirección con los departamentos. El otro escenario es la entrega de guardia, la cual se celebra cada día en tanda matutina y es el escenario para el trabajo colaborativo de los equipos médicos. Se mantiene un espacio adecuado y condiciones aceptables para desarrollar las tareas diarias, los procesos y proyectos, como son: Salón de reuniones, Salón de cambio de turno, Estación de enfermería en diferentes puntos estratégicos como son: Emergencia, UCI, UCIN, quirófano, hemodiálisis y hospitalización, estaciones ubicadas de fácil acceso a todos los pacientes, area de descanso para médicos y enfermeras debidamente equipadas y cómodas. El hospital para favorecer la gestión y fomentar el trabajo de equipo cuenta con los siguientes comités: Consejo Administrativo Hospitalario Comité de Calidad Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención	No contamos con los reportes en físico de seguimiento de las buenas prácticas de réplica del IPAM, ya que estos se envían vía un link

	Comité Fármaco Terapéutica Comité de ética y disciplina Comité de Mortalidad Materna Comité de Emergencia y Desastres Comité de Bioseguridad Comité de Trasplante Comité de Compras Comité de Mortalidad Comité de Mortalidad Infantil Comité de la Mejora Continua de la Atención y Seguridad del Paciente. Comité de Calidad de los Servicios Comité de Bioética Comité de Grupos Focales y Veeduría Comité Cigeti Comité de expedientes clínicos. Club de donantes y transfusiones. Evidencias: Actas de reuniones de la Junta Administrativa, minutas reuniones Comité Administrativo Hospitalario, actas constitutivas de los comités, Foto de la entrega de guardia, foto del salón de conferencias, foto de las estaciones de enfermería y área de descanso. Listado de participantes y minutas de las reuniones de los comités.	
8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.	Contamos con el plan de comunicación interna y externa, alineado al plan de comunicaciones del SNS. Hemos planificado una estrategia de difusión transparente que integra medios tradicionales y digitales (redes sociales, portal web y WhatsApp) para mantener la Cartera de Servicios actualizada. Mantenemos nuestros clientes internos con comunicación efectiva a todos los niveles de la institución, por medio de: Reuniones de los equipos de trabajo, Memorándum, Email. Grupos de WhatsApp de diferentes categorías:	No realizamos reporte semestral de Redes Sociales(métricas) para ver la efectividad en los medios de comunicación

	departamentos, de calidad, Redes sociales, chats, entre otros. -Comunicaciones para los usuarios externo por medio de la OAI, redes sociales, página Web, Carta compromiso al ciudadano. Realizamos reportes trimestrales de las métricas y son publicadas en nuestra página Web. Evidencias: Página Web, redes sociales, Plan de Comunicación Externas e Internas, comunicaciones, murales y chats, OAI.	
9.Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.	Promovemos una cultura de innovación y mejora continua. Las sugerencias recibidas tanto de los usuarios internos como externos las analizamos, a fin de retroalimentar a los empleados e informarles de algunas de las decisiones tomadas y escuchar sus opiniones. Planificamos estrategias de comunicación bidireccional, impulsando una cultura de innovación utilizando el Modelo CAF como marco de referencia para la mejora continua. Encuestas de clima laboral como medio de retroalimentación de los empleados 1. Lanzamiento de la primera Carta Compromiso al Ciudadano, Para el mes de julio 2022. Contamos con una segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano 2024-2026. Estamos inmerso en acompañamiento con el MAP, en el proceso de actualización a nuestra tercera versión de Carta Compromiso al Ciudadano. Contamos con personal de relaciones públicas. Evidencias: Comité de calidad y jornadas de trabajo, Autodiagnóstico CAF trabajado y planes de mejora, Carta Compromiso al Ciudadano.	No contamos con Carta Compromiso al Ciudadano Actualizada

10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Gestionamos la comunicación de nuestras iniciativas mediante estrategias claves ajustando las acciones de cambio según las áreas de mejoras detectadas, asegurando que tanto los colaboradores como los grupos de interés relevantes comprendan los efectos esperados de cada iniciativa para fortalecer la confianza y la excelencia operativa como son el POA y los informes de las auditorías internas y externas. Tenemos informados a nuestro personal y grupos de interés tanto internos como externos de todos los cambios y sus razones, por medios de circulares, murales, y reuniones; motivándolos a participar en los procesos. Socializamos los informes de las auditorías que nos realizan con las áreas implicadas para retroalimentar y preparar los planes de mejora continua y de esta manera incentivar al personal involucrado a que participe de esos planes. Contamos con un equipo de calidad el cual informa a todos los niveles del hospital los elementos clave para implantar una cultura diaria de excelencia fundamentada en el cambio y el aporte que cada colaborador debe hacer para el logro de las metas de calidad. Los encargados departamentales y supervisores son los responsables de informar y capacitar al personal bajo su mando, sobre los cambios que se van a implementar, además de comunicar sobre esto a través de comunicaciones, memorándum e-mail, grupos de WhatsApp entre otros. Evidencias: Circulares informativas, listado de participantes, informe de auditoría del POA. Informes de auditorías internas y externas, actas de reuniones informativas, y fotos de reuniones, foto de murales, memorándum, correos grupales, comunicaciones enviadas a grupos de interés externos, charlas impartidas a usuarios de los servicios.	
---	--	--

II. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Nos manejamos por el código de ética del SNS, constituyen la base sobre la cual se reconocen los derechos, deberes y se definen las prohibiciones que delimitan las actuaciones de nuestros colaboradores, para garantizar la confianza en el sistema y credibilidad de la institución frente a los ciudadanos. La operatividad del Comité de Ética, el cual se reúne periódicamente para fomentar una cultura de responsabilidad y respeto, proporcionando orientación clara a los empleados sobre cómo enfrentar situaciones de riesgo; verifica el apego a estos valores mediante el monitoreo de las conductas del personal y la revisión de procesos críticos; y actúa y actúa tomando medidas preventivas y correctivas ante cualquier desviación ética, asegurando un entorno laboral íntegro que protege la reputación del hospital y la confianza de la ciudadanía. El departamento de seguridad mantiene el protocolo debidamente actualizado por el manual de seguridad del SNS. Evidencias: Comité de ética, departamento de seguridad, Manual de Seguridad del SNS.	
---	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) I. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.	Nuestros líderes, motivados por la máxima autoridad predicando con el ejemplo, nuestro director es el primero en llegar y siempre está dispuesto a apoyar a las personas del hospital. Realiza las rondas médicas inculcando el compromiso a los usuarios. Nuestra máxima autoridad motiva el compromiso de los empleados en cuanto a la llegada a tiempo, disponibilidad de realizar las labores comprometidas en el marco de la mejora continua de los objetivos y valores.	

	Nuestros directivos y encargados modelan la conducta de los colaboradores con el ejemplo de sus acciones. Dentro y fuera de la institución se nota que cumplen con las funciones y responsabilidades de su cargo establecido en el Manual de Funciones, siendo ejemplos en el cumplimiento del horario, manteniendo su asistencia, apoyando y participando en las actividades para el logro de los objetivos y metas. Así mismo, el equipo de gestión es el primero involucrado en las actividades para el desarrollo del Modelo CAF y su promoción a los empleados. Evidencias: Reconocimientos a la institución como superación en el SISMAP Salud segundo lugar, Segundo lugar hospital en mejor informe metas físicas financieras. Evidencias: Registros de ponche de las áreas administrativas, foto de los encargados participando en actividades del CAF, foto donde participan los colaboradores en actividades de gestión del cambio, ética y mejora institucional, fotos reuniones de los Comités , minutas de los diferentes comités.	
2.Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.	Nuestro hospital practica la política de puertas abiertas, inspiramos una cultura de liderazgo basada en el respeto, confianza e igualdad de oportunidades que contrarresta la discriminación, escuchando activamente las necesidades individuales del personal, creando un ambiente de accesibilidad. La nomina consta con personal con diversidad funcional bajo un perfil de puesto sin discriminación valorando sus competencias. Un gran porcentaje de puestos administrativos ocupados por mujeres. La dirección motiva el respeto, trabajo en equipo, cooperación dando participación de sugerencias a los	

	planes de mejora y lluvias de ideas en todas las áreas del hospital. La dirección general y su equipo de trabajo cumplen con las normas y procedimientos establecidos, como forma de garantizar el cumplimiento por parte de todos nuestros colaboradores: 1. En cuanto a la salud no existe ningún tipo de discriminación, este es un derecho fundamental de los usuarios. En el departamento de atención integral se da consejería para los pacientes que lo necesitan. 2. Atender a todos los usuarios que soliciten de nuestros servicios sin importar su raza, religión, credo político o preferencia sexual. 3. Garantizar los derechos de las personas. Evidencias: Nómina de personal con diversidad funcional, nómina de personal femenino. Derechos y Deberes de los Usuarios, planes de mejoras. Políticas de puertas abiertas	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Los encargados diariamente presentan un informe de entrega de guardia oral y escrito, donde participa todo el personal saliente y entrante al servicio para compartir las informaciones de todas las áreas del hospital y mantenerse informados y actualizados de todas las informaciones relevantes del hospital en cuanto a los pacientes y procesos administrativos. Este sistema permite planificar y ejecutar una comunicación fluida sobre la gestión clínica y administrativa. Reuniones con los diferentes departamentos para informar sobre las modificaciones a nivel de infraestructura ya que estamos en remozamiento y sobre los planes de mejora para brindar servicios de calidad y prevención de eventos adversos a nivel general. Evidencias:	

	Minutas e informes, registro de participantes, fotos y acta de reuniones, lista de participantes en la entrega de guardia, grupo de WhatsApp de gerentes, formulario de entrega de guardia, actas reuniones.	
4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.	Tenemos una comunicación efectiva entre los equipos de trabajo. Nuestro director motiva a mejorar el desempeño reconociendo en público el personal empoderado y talentoso. La entrega de guardia es el mejor escenario que tenemos para brindar retroalimentación sobre la mejora del desempeño y la calidad del servicio. Por medio del plan de capacitaciones fortalecemos los conocimientos de los colaboradores, por lo que los resultados de estos se reflejan en el desempeño de los mismos y el cumplimiento de sus actividades y tareas asignadas. Evidencias: Talleres y capacitaciones, ayuda económica para estudios y graduaciones. Listas de participación de capacitación, lista de participantes en reuniones departamentales. Carpeta de informes trimestrales.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Nuestra dirección en forma de potencializar las competencias y empoderamiento de los empleados delega funciones y responsabilidades para emprender proyectos claves relacionados con la organización, garantizando una delegación de autoridad efectiva y Profesionalizada, avalada por nuestro manual de organización y funciones institucional. Realizamos Cartas de motivación al personal. Planificamos el desarrollo de competencias a través de capacitaciones, ejecutamos el rendimiento mediante evaluaciones de desempeño Realizamos rendición de cuentas anual en la memoria institucional y a la vez informes semestrales donde informamos los avances y desafíos que presenta la institución.	

	Evidencias: Cartas de motivación de la dirección, Comunicados de delegación de autoridad a colaboradores, informes semestrales, memoria institucional.	
6.Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.	Disponemos de un Plan de Capacitación con su cronograma de capacitación del año. Se gestiona capacitaciones y talleres impartidos por INFOTEP, el Ministerio de Administración Pública, la DIGEIG, la DPS, la Gerencia de Área y el Servicio Nacional de Salud, SRSO. Otro elemento clave que utilizamos para el aprendizaje continuo son las rondas en el área de internamiento y emergencia donde se discuten casos clínicos y procedimientos y se promueve la revisión de las nuevas guías de manejo, así como la implementación de los protocolos de manejo de patologías frecuentes en emergencia, presentación de temas y casos por MA y residentes todos los viernes. Invitamos médicos reconocidos del sistema a presentación de temas relevantes para el buen funcionamiento del centro. Nuestro director motiva a todo su personal a que asuman su autoformación para la mejora de sus competencia así como prestando ayuda económicas, permisos para su formación académica. Evidencias: Plan de capacitación, cartas de autorización de permiso para estudios, ayudas. Lista de participantes, copia de certificado, fotos actividades, foto rondas didácticas.	No se realiza informe de seguimiento del plan de capacitación.
7.Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Nuestra institución reconoce los esfuerzos individuales y de equipos de trabajo en público. Se reconoce al personal meritorio, distribución de incentivos a todo el personal médico y administrativo. Evidencias: Fotos de eventos, nómina de distribución de incentivos y copia de certificados.	No hemos hecho reconocimiento en papel o metálico al empleado del año ni individual en estos tres últimos años.

--	--	--

Subcriterio 1.4 Gestionar relaciones efectivas con las autoridades políticas y otras partes interesadas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	Mantenemos relaciones proactivas con representantes de la comunidad, para dar apoyo y fortalecimiento al hospital. Contamos con la plantilla actualizada de grupos de interés donde incluimos el impacto que esta puede tener para nuestra organización y cuáles pueden ser de retroceso o poco impacto para nosotros. Se explican sus necesidades y expectativas Monitoreamos las necesidades y expectativas de los grupos de interés a través de nuestros canales de comunicación (buzones de sugerencias, redes sociales, línea 311) y a través del comité de veeduría, conformado por miembros voluntarios de la ciudadanía), trabajamos también de la mano con las autoridades políticas relevantes, locales y nacionales, El comité de grupos focales y veedores nos enlazan directamente con la comunidad con el fin de escuchar sus necesidades y sugerencias para introducir mejoras en el servicio brindado y garantizar la satisfacción de los usuarios, que podamos dar dentro de un tiempo pertinente la solución necesaria y ejecutar aquello que entendemos factible para un mejor funcionamiento del Centro Hospitalario. Evidencias: Cuadro de Necesidades y Expectativas, Análisis de Involucrados. Lista de asistencia a reuniones de socialización, fotos de actividades, encuesta de satisfacción, encuesta de medición de clima laboral.	

2.Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.	Mantenemos relaciones con las autoridades de la comunidad, realizamos reuniones con el ayuntamiento, bomberos, iglesias, donde comunicamos los avances y los nuevos servicios que brindamos a los usuarios. Mantenemos contacto permanente con el Servicio Nacional de Salud a través del Servicio Regional y la Gerencia de Área donde asistimos a los talleres y reuniones que fuimos invitados de diferentes áreas, a la vez también los recibimos en nuestro centro en la semana de la calidad y en las inspecciones mensuales y trimestrales que nos realizan. Además, mantenemos excelentes relaciones con el Ministerio de Salud, el Viceministerio de Garantía de la Calidad y la Dirección Provincial de Salud. Participamos en reuniones del VMGC para la elaboración de la Política Nacional de Calidad en Salud. Cumplimos las políticas que nos aplican para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Nacional de Desarrollo y las Metas Presidenciales, especialmente las políticas que tienen que ver con la mejora de la calidad del servicio y la reducción de la mortalidad materna e infantil. Participamos en la presentación de indicadores materno Infantil dos veces al año. Participamos regularmente en las videoconferencias del VMGC para el cumplimiento de los indicadores de calidad. Mediante el POA reflejamos el comportamiento a nivel de gestión y producto así como comunicaciones, reflejando el comportamiento de pagos y asignación de recursos y solicitudes de necesidades especiales. Evidencias: Matriz POA, listas de participantes actividades con el SNS y SRSO, UNICEF, charlas a los usuarios. Presentaciones de indicadores.	
--	---	--

3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	Las políticas públicas relevantes para el hospital están identificadas especialmente las que van encaminadas a los cumplimientos de las metas presidenciales, como son: disminución de la mortalidad materna e infantil, reducción de embarazo en adolescentes ya que tenemos un departamento de maternidad Prevención y atención integral para enfermos crónicos entre otras ya que tenemos la residencia de geriatría y contamos con un staff de médicos especializados en diferentes especialidades. La estrategia nacional de desarrollo como es Garantizar el derecho a la población al acceso de un modelo de atención integral con calidad y calidez que privilegie la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante la consolidación del sistema nacional de salud, y la política de la seguridad social como son la administradora de riesgo de salud que benefician de manera significativa a los pacientes ayuda al desarrollo institucional. Realizamos nuestra carta compromiso al ciudadano segunda versión para garantizar el cumplimiento del objetivo arriba mencionado de la Estrategia Nacional de Desarrollo. Evidencias: Objetivos de Desarrollo Sostenible, Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Metas Presidenciales, Plan Plurianual del Sector Público, Plan Plurianual del Ministerio de Salud Pública, Plan Estratégico SNS, PEI. Política Nacional de Calidad en Salud y Plan Operativo Anual.	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	La institución invita a las autoridades del SNS, SRSO, DPS, comunitarios, empresarios, colegio médico, personal interno, iglesias, a las actividades y reuniones de interés local. Estas actividades son: Videoconferencias de la calidad. Presentación de indicadores Materno Neonatal. Asambleas con CMD y grupos de enfermería.	

	Reuniones con los bomberos, escuelas públicas y universidades. Reuniones con los comunitarios y grupos focales. Reuniones con SRSO, SNS y UNICEF. Evidencias: Alianzas, acuerdos, participación en nuestra misión, visión y valores a los ciudadanos (comunitarios). Fotos de reuniones, listados de participantes.	
5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).	Desarrollamos alianzas con organizaciones para el desarrollo de nuestro hospital como son: Ayuntamiento, bomberos, iglesias, universidades, COIN, UNICEF, INAP, nos colaboran en diferentes actividades. Nos mantenemos en contacto y trabajo en grupos con hospitales docentes que nos envían residentes, internos, médicos y enfermeras pasantes, rotaciones por las diferentes especialidades y áreas médicas. Mantenemos alianzas con el COIN para lo cual tenemos un departamento de Atención Integral. Estas rotaciones duran de un mes, 3 meses hasta un año. Acuerdos con diferentes universidades como UASD, INTEC, UNPHU, UTESA, UNIREMOS, HENRIQUEZ Y CARVAJAL, UPHEC, ADVENTISTA. Evidencias: Alianzas, listados de rotaciones, listados de capacitaciones, fotos de actividades.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	La dirección participa en actividades organizadas por asociaciones, organizaciones representativas y grupos de interés cada vez que solicitan nuestra participación. Asambleas del Colegio Médico. Marchas con la Iglesia. Limpieza de áreas aledañas al centro con bomberos y comunitarios.	

	En actividades de escuelas públicas y privadas con nuestro departamento de adolescente Evidencias: Solicitudes de operativos y fotos de los operativos realizados, asamblea CMD, fotos de las limpiezas realizadas, fotos en actividades escolares.	
7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	El hospital ha sido reconocido como institución por brindar servicios médicos humanizados y de calidad, por el apoyo incondicional de los operativos médicos y visitas domiciliarias por la comunidad y otros grupos de interés. Reconocimiento en el SISMAP SALUD 2022 segundo lugar, categoría superación institucional. Por medio del portal de transparencia publicamos nuestra cartera de servicios, los operativos para ayudas de la población y los reconocimientos de instituciones públicas y privadas. Por medio de este portal promocionamos todos los servicios de salud que brindamos. Reconocimiento 2026 como segundo hospital en transparencia físico financiero. Evidencias: Redes sociales, nuestro portal institucional. Certificados de reconocimientos y placas.	

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

SUBCRITERIO 2.1. Identificar las necesidades y expectativas de los grupos de interés, el entorno externo y la información de gestión relevante.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
La Organización: I. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el	La recopilación, análisis y revisión de la información relevante sobre las variables político- legal, sociocultural, medioambiental, económico,	

cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.	tecnológico, demográfico, etc., ha sido desarrollada en la institución a través de diferentes mecanismos. Evidencia de ello puede verificarse en las jornadas previas a los ejercicios de formulación estratégica del Plan Estratégico y de Producción 2012, y durante la realización de los Planes Operativos Institucionales. El ya referido ejercicio de análisis y reflexión previo a la formulación estratégica 2020-2023 permitió identificar oportunidades de mejora en la forma en que se recopila esta información, por lo cual, se creó la nueva “Planilla para seguimiento y revisión de los factores del contexto organizacional, relevantes para SGC (4.1 ISO9001:2015)”. Mediante el llenado de este instrumento la institución integra la capacidad de realizar un seguimiento sistemático, no sólo a las variables relevantes de tipo externa. Al mismo tiempo alineado al Plan Estratégico del SNS, el cual estamos dando fiel cumplimiento. Nos alineamos al plan estratégico el SNS 2025-2028. Evidencia: Plan Estratégico SNS 2025-2028, plantilla de seguimiento y revisión de los factores del contexto organizacional.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	El hospital se mantiene actualizando y realizando diferentes iniciativas para identificar a todos los grupos de interés relevantes para la institución. En la formulación de nuestro plan estratégico 2020-2023, la institución creó la “Planilla para seguimiento a las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes para el SGC” (ver anexo). Mediante el uso de esta planilla se ha logrado realizar una determinación más específica de los grupos de interés relevantes, tanto a nivel interno como externo para la institución. La planilla también es usada para describir la razón de la relevancia o impacto de este grupo de interés, para así poder priorizar las acciones de abordaje de este grupo de	No tenemos la plantilla de grupo de interés actualizada.

	interés, según sea considerada de alta, moderada o baja relevancia. La plantilla de grupos de interés 2024-2025, nos permitió actuar de forma oportuna para satisfacer las necesidades detectadas, logrando así un impacto positivo y medible en la calidad asistencial y la transparencia institucional Evidencias: Plantilla de seguimiento a las necesidades y expectativas de los grupos de interés 2025. Encuesta de satisfacción al usuario, encuesta de clima laboral, QDRS	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	Analizamos los cambios en la provisión de servicios por el Servicio Nacional de Salud. Tomamos en cuenta los avances en el desarrollo de los ODS, el Plan Plurianual del Sector Público y la Estrategia Nacional de Desarrollo. Para definir las estrategias aplicamos la matriz del Perfil de Oportunidades y Amenazas (POAM) junto al análisis FODA. En el POAM se analizan las siguientes capacidades: Factores económicos. Factores políticos. Factores sociales. Factores tecnológicos. Factores geográficos y ambientales. Factores competitivos. Una vez hecho estos análisis definimos las estrategias a seguir en nuestro Plan Estratégico Institucional 2020-2023. En el año 2023-2024 nos alineamos al Plan Estratégico del SNS. En este año estamos alineados al Plan Estratégico del SNS 2025-2028. Evidencias: Análisis POAM, FODA, lista de asistencia al taller Plan Estratégico Institucional y Plan Estratégico del SNS, fotos.	

4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).	El ejercicio de análisis de las fortalezas y debilidades, en adición al análisis de las oportunidades y amenazas, constituye una fase principal del proceso previo a la formulación estratégica de la institución. Evidencia de esto puede verificarse en el “PLAN ESTRATEGICO Y PRODUCCION 2012” el cual contiene dentro de sus páginas los resultados del FODA realizado para esa ocasión. De igual forma, previo a la formulación del nuevo PLAN ESTRATEGICO INSITUCIONAL 2020-2023 se realizó un ejercicio de reflexión y análisis de las principales variables internas y externas, el cual dio como resultado el último “FODA 2020-2023. En este año 2026 nos alineamos al PLAN ESTRATEGICO DEL SNS 2025-2028. Utilizamos el FODA y la gestión de riesgos como herramientas diagnósticas fundamentales, transformando estas reflexiones en decisiones estratégicas y planes de mejora, asegurando que la institución evolucione continuamente para superar sus debilidades y consolidar sus fortalezas en beneficio del paciente, El autodiagnóstico del sistema de control interno, nos ayuda a minimizar el riesgo. Mediante un ambiente de control, identificando los eventos, evaluando los riesgos, dando respuestas a los riesgos por medio de controles por monitoreo y evaluación Evidencias: FODA, Plan Estratégico del SNS, reuniones del comité de calidad, NOBACI	

SUBCRITERIO 2.2. Desarrollar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información recopilada

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

✚ Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.	La traducción de los fines y propósitos planteados en el pensamiento estratégico institucional: Misión, Visión y Valores, a objetivos de mediano, largo y corto plazo, ha sido parte del proceso estratégico tradicional del hospital. Sin embargo, como una forma de robustecer la alineación y asegurar que el despliegue pueda llegar hasta los niveles más operativos, durante la formulación de nuestro último plan estratégico 2020-2023, la institución asumió un enfoque basado en el modelo de planificación desarrollado por el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD), organismo rector del sistema nacional de planificación e inversión pública. Basado en este modelo, el despliegue del pensamiento estratégico institucional inicio con la determinación de los cinco (5) Ejes Estratégicos (EE), los cuales como unidades temáticas que señalan las grandes líneas de acción de la institución y representan de forma global los ámbitos prioritarios asumidos, permiten realizar la agrupación de los ocho (8) Objetivos Estratégicos (OE) correspondientes a este ciclo de la planificación institucional. Asumimos el Plan Estratégico del SNS, brindando un servicio comprometido, se establecen las actividades a través del Plan Operativo Anual (POA), cuyos indicadores de cumplimiento están orientados a la misión, visión y valores. Evidencias: Plan Estratégico Institucional SNS. POA, informes de seguimiento del POA trimestral	
2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.	En el proceso de formulación de la estrategia institucional, se logró involucrar a los diferentes grupos de intereses, primero, mediante los estudios y encuestas desarrollados en la etapa de análisis previo y una vez formulada la estrategia, los resultados de estas fueron presentados, los resultados preliminares de esta para discusión y	

	análisis. Se realizó jornada donde los representantes de estos diversos grupos aportaron sus opiniones sobre los aspectos que a su juicio deberían estar presente de forma prioritaria en este nuevo plan. Como evidencia de esta reunión se cuenta con fotos y registro de asistencia correspondiente. De igual forma el equipo coordinador el proceso de formulación se aseguró de que los insumos recabados en la “Planilla para seguimiento a las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes para el SGC (4.2 ISO9001:2015)”, contaran con resultados estratégicos concretos dentro de la estrategia donde podrían integrarse las acciones requeridas para ofrecer satisfacción a esas necesidades y expectativas. Tenemos conformados varios comités, donde se involucran principalmente a los encargados de departamentos de la institución, tenemos participación en la comunidad dando charlas en la comunidad y apoyo a los programas. Por medio de las quejas y sugerencias verificamos el nivel de respuesta mediante la Matriz QDRS y actuamos ajustando los planes para garantizar que la resolución de los problemas sanitarios esté alineada con las necesidades reales de los usuarios. Evidencias: Matriz QDRS, reuniones comunitarias, planilla de grupos de interés, comité de calidad de los servicios, encuestas atención al usuario	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	La asignación de los recursos para la ejecución de la estrategia institucional se realiza a partir del POAI y el presupuesto asociado a cada iniciativa, la cual a su vez está vinculada con el resultado de este objetivo y eje correspondiente del PE SNS. La vinculación de estos recursos con los procesos se realiza mediante el llenado del formato ficha de proceso, donde se identifican los recursos requeridos para el desarrollo	

	de cada proceso. El presupuesto de cada año se trabaja en base al POA y las estrategias de la organización alineadas a las prioridades directivas del SNS y se detallan en una página de Excel del POA en el PPEN 2.1. Planificamos controles rigurosos de bioseguridad y una gestión de desechos sólidos, promoviendo la protección del medio ambiente. Comité de IIAS Evidencias: POA 2024, 2025, 2026, presupuesto 2025, 2026, contrato compañía recolectora de desechos infecciosos, alianza con el ayuntamiento, comité de IIAS. Comité de bioseguridad.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Garantizamos la disponibilidad de recursos integrando la planificación financiera con la Operativa. Planificamos la inversión y las adquisiciones a través de un Plan Anual de Compras, este proceso se verifica o ejecuta mediante el monitoreo constante de la ejecución presupuestaria, permitiendo actuar con agilidad ante imprevistos para asegurar que el personal cuente con el equipamiento, la infraestructura y las competencias necesarias para cumplir los objetivos estratégicos Cada año realizamos el presupuesto alineado a nuestro POA y al PACC. Estamos utilizando el portal transaccional para las licitaciones. Evidencias: Consolidado POA, Presupuesto anual, PACC y portal transaccional.	

SUBCRITERIO 2.3. Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisarla de forma periódica.		
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

Los líderes (directivos y supervisores): 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	El modelo de formulación estratégica desarrollado por la institución determina de forma clara los ejes de acción prioritarios, con sus objetivos y resultados estratégicos correspondientes. El marco temporal para la estrategia es de cuatro años, pero su seguimiento se desarrolla de forma anual, a través de la verificación de los niveles de ejecución y cumplimiento del POAI correspondiente. Un aspecto importante que abordamos fue la terminación de nuestra Estructura Organizativa la cual ya tenemos varios años implementado. El manual de Organización y Funciones y tenemos levantado los procesos y procedimientos por áreas, estos son actualizados anual Evidencias: POA 2025, 2026, Estructura Organizativa, Manual de Organización y Funciones, procesos y procedimientos.	No tenemos los procedimientos comprometidos en la CCC actualizados
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Por medio de nuestro POAI nuestros objetivos, son medidos por medios de programas y tareas que de manera mensual, trimestral, semestral y anual son medidos por medio de indicadores de resultados, los cuales son evaluados directamente desde el SRSO y SNS. Este proceso se ejecuta y verifica mediante el monitoreo constante de indicadores, permitiendo actuar con retroalimentación y ajustes operativos que aseguran la excelencia en el desempeño individual y colectivo Evidencia: Valoración del POA, e informes de retroalimentación de los monitores externos e internos, acuerdos y evaluación de desempeño	
3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.	La traducción de los objetivos estratégicos y operativos de la institución en planes y tareas para las unidades y todos los individuos de la organización, se realiza a través de la vinculación PESNS-POAI-Procesos, donde se asegura que cada	

	iniciativa y/o acción desarrollada en el POAI apunte de forma directa a las metas estratégicas, y que cada indicador de medición de los procesos este enfocado en lograr el desempeño esperado a nivel estratégico. Cuando el POAI ha sido finalizado, el mismo es socializado con todos los empleados del hospital, a fin de favorecer que estos se empoderen de sus actividades y puedan participar proponiendo mejoras y acciones operativas que faciliten lograr los objetivos. Se comunica a las diferentes áreas por medio de comunicaciones escritas y reuniones. Este proceso se verifica con el cumplimiento de estándares de publicación y la participación del personal, permitiendo actuar con ajustes en la difusión para mantener a todos los grupos de interés informado. Evidencias: Matriz POA 2024,2025, 2026 Comunicaciones, lista de participantes de socialización del POA, pagina web, redes sociales.	
4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.	Tenemos el departamento de Monitoreo y Evaluación que se encarga de supervisar y monitorear todos los programas y la implementación de los planes de mejora aunado al departamento de Calidad en la Gestión. Contamos con el departamento de Calidad de los servicios que se encarga de los indicadores de salud. Contamos con acceso a SISMAP SALUD, donde se puede monitorear el porcentaje de cumplimiento en cada uno de los indicadores de gestión clínica, gestión administrativa, gestión documental, satisfacción del usuario, mortalidad materna, neonatal e infantil. Evidencias: Reportes del POA, reportes de auditorías, evaluación internas, indicadores de salud, SISMAP SALUD, NOBACI	

--	--	--

SUBCRITERIO 2.4. Subcriterio: Gestionar el cambio y la innovación para garantizar la agilidad y la capacidad de recuperación de la organización.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.	El hospital como institución que integra procesos académicos realiza labores docentes, y cuenta con acuerdos en varias instituciones docentes a nivel universitario que envían sus residentes, médicos pasantes, internos, pre internos a realizar rotaciones clínicas quirúrgicas en las diferentes especialidades que ofertamos. Dentro de la nueva estrategia el enfoque en la innovación asume un papel principal que se perfila dentro de la propia misión, los valores, y ejes, resultados y objetivos estratégicos. Bajo este nuevo enfoque tenemos los programas de benchlearning y de forma global la gestión del conocimiento en la institución. Hemos estado instalando el programa Sigma para digitalizar los procesos por áreas. El centro cuenta con Página web, numero de WhatsApp para citas médicas, redes sociales, las cuales garantizan la comunicación eficaz con los ciudadanos. La contratación de servicio de internet de mayor velocidad y estabilidad, la implementación de sistemas de facturación en áreas críticas como emergencias, hospitalización, seguros privados y citas médicas, así como la ampliación y modernización del sistema de videovigilancia, alcanzando más de 200 cámaras de seguridad en pleno funcionamiento. Como medida preventiva ante posibles contingencias, se contrató un servicio de almacenamiento en la nube a través de la compañía Claro, con el objetivo de resguardar	

	la data institucional y asegurar la recuperación de la información ante cualquier desastre o imprevisto. Evidencias: Programa Sigma, datacenter, pagina Web, redes sociales, cámaras de vigilancia, servicio Claro, FODA.	
2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.	Nuestro director motiva a todo el personal, principalmente a los encargados departamentales al aprendizaje continuo y fortalecer las competencias por medio del benchlearning con las diferentes instituciones que tenemos alianzas como el INAP, INFOTEP, SRSO y SNS. Benchmarking con los diferentes hospitales homólogos. Tenemos tablero de mando que permite un enfoque sistemático a través de los procesos internos, permite que las necesidades y expectativas identificadas desde los usuarios y en la sociedad, sean traducidas en requerimientos para los procesos internos, los cuales gestionados desde un enfoque de crecimiento y desarrollo de los recursos priorizados a través de la gestión financiera, mediante los controles del POAI y su presupuesto correspondiente. Hemos realizado algunos intercambios con otros hospitales benchmarking como es el Hospital Infantil Robert Reid Cabral, y Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora y Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar. Evidencias: Benchlearning, Benchmarking con diferentes instituciones. Plan de capacitación, listado de participantes	
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	Contamos con política de innovación garantizando una rendición de cuentas transparente, oportuna ,planifica y ejecuta una estrategia de difusión que integra informes técnicos hacia el SNS y SRSO con un despliegue digital masivo en redes sociales y su	

	portal web; este proceso se verifica en encuentros mensuales de resultados y se actúa ajustando la comunicación para que cada avance tecnológico o mejora en la cartera de servicios sea reconocido por los grupos de interés como un logro de impacto directo en nuestra comunidad, Comunicamos las estrategias, informes de retroalimentación del seguimiento de los planes de mejora con todos los grupos de interés de acuerdo a su naturaleza. Hemos formados varios comité entre los cuales tenemos el comité de calidad, que se reúne cada 6 meses y reuniones extraordinaria en situaciones que lo amerite. Tenemos conformado el comité de ética, Comité de Calidad, Comité de Calidad de los Servicios, Comité de Prevención IAAS, Comité de Morbi-Mortalidad Materna, Comité de Compra, Comité de Bioseguridad, Comité de Bioética, Comité de Vigilancia Farmacológica, Comité de Eventos Adversos Fármacos Vigilancia, Comité de Febriles, Comité Hospitalario de Trasplante, Comité de Seguridad del Paciente. Comité de Veeduría y los grupos focales. Por medio de los diferentes comités comunicamos nuestros avances y retrocesos, con los respectivos planes de mejora. Evidencias: Listado de participantes de reuniones y fotos, redes sociales, pagina web, OAI.	
4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.	Para favorecer un enfoque adecuado de la gestión del cambio se contempla nuestro plan operativo para garantizar los recursos financieros. Estamos inmerso en la estrategia de las Buenas practicas con la réplica del IPAM, ya que nuestro centro dispone de un departamento materno infantil, con la cual estamos implementado un manejo más de cerca y oportuno a las puerperas con las morbilidades de trastornos hipertensivos del embarazo,	No tenemos informe de seguimiento de la Estrategia IPAM.

	hemorragias y sepsis, para disminuir la mortalidad materna. Estimulamos la innovación integrando el talento interno con las mejores prácticas del sistema garantizando que la exploración y la investigación sean pilares fundamentales de la mejora continua. Evidencias: Presupuesto, Matriz POA 2024, 2025, Estrategia IPAM, benchmarking	
5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.	Hemos ampliado nuestra cartera de servicios con Cirugía Plástica y Bariátrica, Unidad Dermatológica, tomografía. También realizamos nuevas pruebas de laboratorio. Para elevar el valor agregado al ciudadano y optimizar el gasto se ha planificado la digitalización integral de los procesos clínicos y financieros. Para simplificar el proceso de facturación hemos instalado otras oficinas de facturación en áreas internas del centro como laboratorio, imágenes, donde ya los usuarios no tienen que hacer largas filas en el área de facturación principal del centro. línea telefónica, correo electrónico, número de WhatsApp como medida de facilitar las informaciones de los servicios al usuario Evidencias: Fotos de las diferentes áreas de facturación y áreas nuevas, reportes de producción de los servicios nuevos, redes, correos y WhatsApp., portal transaccional.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Nuestro centro cada año realiza el Plan Anual de Compras y Contrataciones, alineado con nuestro POA y presupuesto, el cual es aprobado por el SNS. Durante el ejercicio de la proyección contenemos la identificación de las necesidades en Recursos Humanos, capacitaciones, equipos e infraestructura, para cada gerencia y realizar el plan de inversiones	

	en el interés de asegurar los recursos de la institución e implementar los cambios identificados y priorizados en el plan. trabajamos en reducir la deuda institucional y las glosas, impulsando la facturación. Evidencia: Presupuesto, Plan Anual de Compra y Contrataciones, Matriz POA 2024, 2025 el PPNE1, PPNE4 y PPNE5.	
--	--	--

CRITERIO 3: PERSONAS

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

SUBCRITERIO 3.1. Gestionar y mejorar los recursos humanos para apoyar la estrategia de la organización.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	La estrategia de planificación de recursos humanos gestiona el cierre de brecha de competencias y dotación, garantizando que el capital humano evolucione al ritmo de las metas, basado en acuerdos de desempeño y la estrategia de la organización institucional. Realizamos evaluaciones del desempeño de personal anual, reuniones de los diferentes comités hospitalarios, con colaboradores internos, donde se detectan necesidades de capacitación, desarrollo profesional y necesidades básicas tanto de los empleados como de la institución. Como consecuencias de las capacitaciones hemos aumentado la capacidad de trabajo, mejor desempeño y ampliación de nuestra cartera de servicios. Contamos con Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funcional aprobados por el MAP. Evidencia: Evaluación de desempeño, nomina, EO, MOF.	

2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.	La política de recursos humanos del hospital se enmarca en lo contemplado en las siguientes leyes: Ley de Función Pública (41-08), Ley General de Salud (42-01) y sus Reglamentos, Ley de Seguridad Social (87-01), sus modificaciones y Reglamentos y las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud. Hemos implementado políticas claras para la flexibilidad de horario y permisos. Con nuestra política de inserción laboral se toma en cuenta al empleado sin discriminación de ningún tipo. Ejecutamos los procesos de reclutamiento, promoción e inclusión laboral basados en competencias técnicas, verificando la objetividad de estos movimientos a través de expedientes auditables y actuamos optimizando los esquemas de incentivos y flexibilidad laboral, garantizando un entorno de equidad, diversidad y profesionalización que responde a las necesidades actuales y futuras de nuestra institución. Desarrollamos e implementamos permisos de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género, inserción laboral de personas con discapacidad. Evaluaciones de desempeño laboral Evidencias: Permisos otorgados, expedientes de empleados, formularios de permisos, nominas, formulario de inducción, carpeta de evaluación de desempeño	
3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.	Planificamos procesos de reclutamiento basados estrictamente en el mérito y la neutralidad, fomentando la igualdad de oportunidades y la promoción interna. Se implementan los procesos de selección y desarrollo, como lo estipulado en la ley 41-08, para los fines. En nuestra nómina de 1360	

	personas, tenemos nombradas 1021 mujeres. Como parte de la empleomanía tenemos personal con diferentes discapacidades (07 personas), no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual. Nuevo ingreso 20. Respetamos los tiempos de descanso y fomentamos el bienestar de los empleados como parte de nuestra responsabilidad social Evidencias: Nómina Femenina Y Discapacitados. Nomina Gerencial Femenina. Nomina general y del SNS, nombramientos, inducciones.	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Nuestro centro fomenta la capacitación para el desarrollo de la carrera, transformando el personal con liderazgo. Ejecutamos programas que fortalecen las capacidades individuales y colectivas, verificando el impacto mediante certificaciones de competencia. Actuamos alineados con los planes de desarrollo de la evaluación del desempeño, garantizando que los servidores públicos evolucionen profesionalmente mientras aseguran el logro de los objetivos del centro de salud. En nuestra nomina tenemos 16 personas que pertenecen a carrera administrativa. En colaboración con el INAP se socializan y damos talleres de diversos temas de carrera administrativa y servidor público. Evidencia: Nomina General, listado de participantes, foto de talleres y certificados, plantilla de detección de necesidades.	
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas,	Garantizamos un personal competente, digitalmente capaz y orientado a la excelencia el servicio, alineando las competencias del personal con la	

centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación	visión institucional y la transformación digital. Contamos con nuestro Manual de Organización y Funciones, Estructura organizativa por lo que a cada colaborador de nuevo ingreso le realizamos su inducción y le entregamos su perfil de puesto. En caso de no cumplir con este perfil, entonces este personal lo capacitamos para mejorar sus competencias y capacidades del puesto, ya que los colaboradores son nombrados directamente desde el SNS. Nuestro plan de capacitación surge en base a la evaluación de desempeño, perfil de puesto y las competencias. Estas acciones han permitido fortalecer la eficiencia operativa, la seguridad de la información y la continuidad de los servicios hospitalarios. Evidencias: Manual de Descripción de Puestos, Manual de organización y funciones institucional, Estructura Organizativa, datacenter, Capacitaciones, evaluaciones de desempeño.	
6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).	Nuestro personal es seleccionado por el SNS y enviado a nuestra institución, donde de inmediato este es inducido y capacitado de acuerdo a sus competencias. Todos nuestros colaboradores son capacitados por medio de diferentes entidades de acuerdo a sus puestos. Se gestiona la diversidad y la igualdad asegurando un entorno laboral inclusivo, este proceso se verifica mediante el seguimiento de medicina ocupacional En nuestra nómina de 1360 personas, tenemos nombradas 1021 mujeres. Como parte de la empleomanía tenemos personal con diferentes discapacidades (07 personas), no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual. Evidencias: Nómina Femenina Y Discapacitados. /	

	Nomina Gerencial Femenina. Nomina general y del SNS, matriz salud ocupacional.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Tenemos varios años implementando una cultura de desempeño donde cada colaborador dependiendo de su área y las actividades que le corresponden del POA, más las actividades afines con la naturaleza de su trabajo desarrolla las actividades que se medirán y valoraran en su evaluación de desempeño cada año. La evaluación de desempeño año 2025 arrojó un 97% de cumplimiento valorado por el MAP. En todos los departamentos de nuestra institución se evalúa el personal por medio de la plantilla estandarizada del MAP, SNS. La selección se realiza bajo los estatutos del SNS de entrega de los incentivos por medio de estas evaluaciones. Evidencia: Evaluaciones de Desempeño, nómina de incentivos, share point, Sismap Salud.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Realizamos los acuerdos de desempeño en el mes de febrero de cada año y cada encargado departamental va evaluando de manera individual cada empleado, valorando cada grupo ocupacional de acuerdo a las metas trazadas para cada año. Estos se realizan en todas las áreas del centro en pleno conocimiento del colaborador. Al final de cada año ponderamos las actividades plasmadas en la evaluación de desempeño, la cual también se utiliza para distribuir los incentivos de SENASA, que son entregados al personal dos veces al año. Evidencias: Acuerdos de desempeños 2025, 2026. Plantilla de incentivos, nómina de colaboradores.	

9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.	Aplicamos una política de género integral logrando una cultura organizacional equitativa y empoderada donde se planifica la igualdad desde su marco normativo. En nuestra nómina interna de 1360 personas, de las cuales 1021 son del sexo femenino, ocupando un alto porcentaje en puestos directivos, no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual. La transparencia en los procesos de selección y desarrollo mediante auditorías de nómina, y actuamos promoviendo la conciliación de la vida laboral y familiar, garantizando un entorno de respeto, inclusión y justicia social alineado a los estándares de la Función Pública. Evidencias: Nómina Femenina /Nomina Gerencial Femenina. Nomina general.	

SUBCRITERIO 3.2. Desarrollar y gestionar las competencias de las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	La organización planifica su crecimiento basado en competencias actuales y perfiles futuros, ejecutamos programas formativos de alto nivel con el INAP e INFOTEP, verificando el impacto mediante informes de seguimiento técnico y actuamos renovando los planes. El hospital realiza anualmente la evaluación del desempeño del personal, en la misma se destacan las fortalezas y debilidades de los colaboradores. Los resultados se comparan con el perfil del puesto y se elaboran los planes de mejoras, que incluyen la capacitación del personal. Se planifican, realizan y miden las actividades de capacitación y formación. Se identifican las	

	capacidades de las personas y se comparan con las necesidades de la organización. Se trabaja el desarrollo profesional desde la Dirección con movilidad de empleados a diferentes áreas del hospital. Identificamos cuales son las proyecciones de carrera que tenemos individual, para esto tomamos en cuenta la capacidad, competencia y evaluación de desempeño para ocupar los puestos. Nuestro centro es un hospital docente donde contamos con docentes en el área de ginecología y obstetricia, medicina familiar, geriatría, cirugía general a nivel de especialidades medico quirúrgicas. También contamos con la rotación de estudiantes de medicina pre interno e interno, al igual que los estudiantes de enfermería, de universidades como UASD, UTESA, UNIBE, INTEC, UNIREMOS, UPHEC. Contamos con el departamento de investigaciones clínicas. Todas estas áreas y docentes fueron identificados por sus competencias y con sus perfiles reestructuramos departamentos que anteriormente no existían y reorganizados de acuerdo a la nueva estructura organizativa. Evidencias: Evaluaciones de desempeño 2024, 2025, plan de capacitación 2024, 2025, listado de rotaciones por instituciones, certificados.	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Se planifica y ejecuta un proceso de inducción integral que combina la formación normativa con el acompañamiento técnico en el puesto. A los empleados se les realiza inducción con el encargado de área o un empleado asignado, y el personal de Recursos Humanos a través de una presentación de inducción y luego un recorrido por todas las instalaciones para conocer todas las áreas, departamentos y personal del hospital. En la presentación, se da a conocer todo lo concerniente	

	al hospital como la Misión, Visión, Valores y políticas de calidad. También se les anima a agregar valor para el desarrollo de nuestra misión. Esta guía de inducción se les da a todos los empleados de nuevo ingreso. Capacitación sobre equipos, plataformas, procesos, protocolos, manuales y diferentes estancias externas a las cuales reportamos. Evidencias: Formulario de inducción en el cargo, fotos de las inducciones. Listado de capacitaciones.	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	La organización planifica trayectorias de carrera, ejecuta promociones internas basadas estrictamente en la idoneidad y el mérito, verifica el rendimiento tras el cambio de funciones mediante evaluaciones de desempeño y actúa reconociendo el esfuerzo institucional. Nuestros recursos humanos están recopilados en una plataforma simple y dividida por departamentos y grupos de profesionales, donde estandarizamos todos los procesos para cada colaborador. Así podemos administrar y monitorear con precisión el rendimiento de cada empleado. Se promueven los empleados de acuerdo a los conocimientos, competencias y destrezas que estos poseen para el desempeño del puesto. Se realizan movimientos de personal a otras áreas en cargos de mayor liderazgo por medio del desarrollo de sus competencias, esto así motivando al empleado a su crecimiento personal, lo que conlleva a la motivación de los demás empleados. Tenemos colaboradores prestado al SNS en área materno infantil como movilización externa. Evidencias: Reclasificación de puestos, formulario de promoción de empleados, evaluaciones de desempeño.	

4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	Impulsamos el desarrollo de competencias integrando métodos modernos de formación digital planifica el uso de plataformas de e-learning y capacitación multimedia. Se informa sobre las capacitaciones, educación continua programada y ofertada por los institutos que nos brindan estos servicios. Todo esto con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos y mejorar la calidad del servicio. El departamento de Recursos Humanos realiza los listados de los participantes en acompañamiento de los diferentes encargados departamentales donde esas capacitaciones son obligatorias. Estas actividades son informadas mediante los siguientes medios: murales página web, correo electrónico, grupos de WhatsApp y comunicaciones. Se han implementado Capacitaciones en líneas como: Carta de Compromiso al Ciudadano por MAP, diplomado de calidad de los servicios donde se capacitaron los gerentes, socialización de formularios estandarizados por áreas de trabajo, socialización de actas constitutivas de comités hospitalarios, Adiestramiento de las NOBACI. Evidencias: Minutas, Foto de participación de video conferencias y lista de participantes, diploma de formación virtual. Conferencia Online fotos.	
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	Planificamos talleres estratégicos para el fortalecimiento de habilidades sociales y técnicas alineadas a la misión institucional. Ejecutamos formaciones en humanización, ética, liderazgo para responder a desafíos como el enfoque de género y la gestión de riesgos, garantizando un servidor público competente y sensible en alianzas con el INAP e INFOTEP. El departamento de Recursos Humanos ha implementado una serie de charlas, talleres, impartido por diferentes instituciones para	

	desarrollar técnicas de comunicación, disminuir los conflictos de interés. Contamos con un Comité destinado para los fines. Taller de enfoque de género y ética ya que somos una institución que cuenta con una nómina alta de género femenino. Contamos con nuestra guía Metodología para Abordajes de riesgos y oportunidades. El departamento de atención al usuario realiza diferentes charlas en acompañamiento de un técnico del área donde se impartirá la charla. Se realiza un cronograma de charlas de acuerdo con fechas establecidas para temas en específico dado por el SNS, pero además el centro dependiendo de la necesidad de la población prepara charlas específicas. El área asistencial también prepara talleres y socializaciones de guías, protocolos, diversidad de género y ética. Evidencias: Guía de metodología para abordaje de riesgos y oportunidades. Plan de capacitaciones, Cronograma de charlas, listado de participantes, fotos y agendas.	
6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.	En nuestra encuesta de clima laboral evaluamos el impacto de los programas de formación, entre las preguntas se incluye si la capacitación está relacionada con el desarrollo profesional del colaborador, si el programa de la institución está alineado con las funciones del colaborador, si aplica la capacitación para mejorar su desempeño en el trabajo, entre otras. Medimos el desempeño del empleado que fue capacitado y vemos si adquirió las competencias necesarias. El personal capacitado debe transmitir o enseñar su conocimiento a los demás colaboradores de su área. Se evalúa el impacto de su formación fomentando una cultura de gestión del conocimiento, optimizando el análisis costo/beneficio al multiplicar	

	competencias con recursos compartidos. Este proceso se verifica mediante la mejora de los indicadores de desempeño y la satisfacción del usuario. Evidencias: Informes encuestas clima laboral 2025, plan de capacitaciones, encuesta de satisfacción al usuario.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	Tenemos comunicación efectiva entre la Dirección y todo el personal. Desde nuestra dirección se promueve la cultura de comunicación escrita, verbal abierta al dialogo entre las partes. Cada gerente debe informar a su equipo para motivar al personal a trabajar en equipo y a realizar los planes de mejora en equipo con la participación de los integrantes de su equipo. El hospital tiene establecido desde sus inicios donde el proceso de comunicación inicia cada día en la entrega de guardia, donde el personal de salud analiza los resultados del servicio del día anterior y se discuten las técnicas y tratamientos empleados y resultados obtenidos. Este trabajo de equipo fortalece a la institución. Otro de los escenarios principales es la reunión de la Junta Directiva del Hospital, en esta reunión el director general y su equipo gerencial se reúnen para analizar la situación del centro y el establecimiento de las prioridades. Se realizan reuniones con los diferentes departamentos con la finalidad de crear equipos de trabajo fuertes para el logro de nuestra misión. Las interconsultas también son evidencias de la buena comunicación y el trabajo en equipo. El hospital mantiene la responsabilidad de formar equipos de trabajo motivados y promueve acciones de	

	comunicación dialogo abierto, se involucra a todo el personal en el desarrollo de los servicios. Evidencias: Ccomunicaciones de motivación al personal, lista de asistencia a entrega de guardia, minutas de reuniones, comunicaciones remitidas, foto de información en murales, fotos de reuniones del director con el personal.	
2.Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.	Los colaboradores identifican e implementan mejoras en los procesos hospitalarios. Este involucramiento se verifica y se ejecuta mediante el cumplimiento de metas concertadas y se actúa formalizando las innovaciones sugeridas por el personal, garantizando que el diseño de la estrategia. Fomentamos el rol activo de nuestro capital humano integrando el conocimiento operativo en la toma de decisiones estratégicas. Tenemos gremios médicos como el CMD, quien tiene un representante en nuestro hospital, representantes de varios sindicatos de enfermeras. Estos representantes tienen igual participación que un empleado en todos los procesos y planes de mejoras. Tenemos un representante de la comunidad que nos enlaza con los comunitarios. El Plan Operativo Anual, y los planes de mejora, tras la retroalimentación del SNS. Los objetivos y metas son propuestos con el consenso de los colaboradores. Los procesos son diseñados con las sugerencias de los colaboradores y su implementación también. Evidencias: Listado de participantes, minutas, fotos de reuniones.	
3.Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	Hemos realizado encuestas de clima laboral en varios periodos 2023, 2025 por el MAP.	No hemos socializado el informe de encuesta de clima laboral 2025.

En el 2025 el MAP realiza la encuesta de clima laboral con una participación del 100% del personal elegido, donde obtuvimos los siguientes resultados. Satisfacción general 82%.



Evidencias:

	Informe de encuestas de clima Laboral 2023, 2025 por el MAP.	
4.Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Contamos en el Comité Mixto de Salud y Seguridad y el Manual de Riesgo Laboral Interno. Nuestro hospital se preocupa por la seguridad de los empleados. La organización asegura las buenas condiciones de trabajo físicas, donde el departamento de mantenimiento hace una supervisión general para asegurarse que las áreas estén climatizadas, sin ruidos molestos y la iluminación sea adecuada, en fin, verifica que todo esté funcionando correctamente, esto es realizado mediante el seguimiento al plan de mantenimiento de infraestructura y equipo que se actualiza anual. Aplicamos los protocolos de bioseguridad por medio de un check list y las medidas correctivas en caso de que lo amerite por el departamento de epidemiología. Acciones organizativas como la duración de jornada y descanso. También Contamos con el departamento de Salud Ocupacional y nos regimos por la Norma ISO 45,000.01 y la del Ministerio de Trabajo Riesgos Laboral. Evidencias: Foto de habitaciones médicas. Protocolos de bioseguridad. Formulario de supervisión de mantenimiento, Medico Asignado a Medicina Ocupacional/ ISO 45001/ Link manejo de Riesgo Laboral, certificación de vacunación al personal, Comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios Hospitalaria, Comité Mixto de Seguridad y Salud en el trabajo en la Administración Pública	
5.Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Garantizamos el equilibrio vida-trabajo-familia promoviendo una cultura de bienestar y respeto asegurando un capital humano motivado y equilibrado, reflejándose en la calidad y calidez de la atención brindada .	

	Contamos con procesos administrativos que permiten la flexibilidad de horario al colaborador para completar actividades de formación, académicos y/o situaciones personales. Solicitud de vacaciones Solicitudes de cambios de horarios, Solicitudes de permisos licencia sin disfrute de sueldo Permisos por Licencias de Maternidad y/o Paternidad Permisos por nupcias. Permiso para estudios Evidencias: Licencias y permisos otorgados, reglamento del personal, vacaciones.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	En el hospital se fomenta la ayuda a los empleados más desfavorecidos para estudios diagnósticos, pago por servicios médicos prestados, ayuda personal a situaciones emergentes, exoneraciones de cuentas por servicios de salud prestado. En caso de un colaborador enfermo, el personal se distribuye para realizar el trabajo de ese colaborador. El personal con discapacidad se coloca en áreas donde este puede realizar su trabajo, cuidando su integridad física y emocional. Movilización y/o retiro de personal de listado de servicios por enfermedad. Verificamos su bienestar a través de la Unidad de Medicina Ocupacional y actúa eliminando barreras físicas o de procesos. Este enfoque asegura que el mérito técnico sea el único criterio de evaluación, protegiendo la dignidad y el desarrollo de todos los servidores públicos. Evidencias: Ayuda a Empleados, Exoneraciones, permisos, Carta de movilización de empleado a otras áreas por enfermedad o discapacidad, listados de servicios, informe de medicina ocupacional.	

7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.	Realizamos reconocimiento público al personal empoderado, con buen desempeño, donde se le otorgan días libres, día libre por cumpleaños. El hospital impulsa la motivación institucional centrada en desarrollo y bienestar del servidor público, se planifica el apoyo a la formación continua (maestrías y diplomados) y actividades de integración social. En navidad se realizan premios a la mejor decoración de los departamentos y en la fiesta de navidad se premian a los empleados por medio de tómbolas. En días festivos de las enfermeras, Día de las Madres, estas actividades se apoyan con refrigerios, regalos y un ambiente decorado. En el área de residencias médicas, en fechas de graduaciones, apoyamos con brindis, pergaminos, prestamos del salón de reuniones, proyectores, etc. Evidencias: Listados de participación en talleres gratuitos, procedimiento para reparo de incentivos. Foto del día del médico, enfermera, bioanalista, secretarias., fotos de brindis y decoraciones, licencias y permisos para estudios.	

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

Los líderes de la organización: 1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).	Identificamos los grupos de interés que de alguna manera influyen en la organización y con los cuales mantenemos una relación que permite el logro de los objetivos previstos y formaliza acuerdos de prestación de servicios. Forman parte de estos grupos de interés, el Ministerio de Salud Pública, ARS, instituciones académicas, instituciones de servicios de salud, Proveedores de Materiales, suministro y Medicamentos, Servicios Profesionales, Servicios de Mantenimiento de edificaciones y equipos, entre otros. Nuestros socios claves son las ARS, contamos con 18 ARS que prestamos servicios. Promese-Cal, quien nos abastece de medicamentos. Los proveedores de insumo. Voluntarios de las iglesias del sector quienes nos acompañan en oración por los pacientes, y misa en fecha de cumpleaños de la institución. Los bomberos quienes nos acompañan en limpieza externa en el hospital. Evidencias: Alianzas con Universidades, ONG Públicas y Privadas e Inventario de acuerdos realizados en el cual encontraremos los Operativos Médicos, plantillas de actores y análisis de involucrados, lista de actores clave.	
2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.	Por medio de las Mesas locales, y organizaciones tenemos acuerdos con instituciones como UNICEF, USAID, PAI, para mantener la cobertura de las vacunas para evitar enfermedades prevenibles. Con la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGETSITSS) del Ministerio de Salud llevamos el Servicio de Atención Integral (SAI). Con el Programa Nacional contra la Tuberculosis (PNCT) el hospital lleva el Programa de Tuberculosis. Con la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) llevamos a la	

	vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Mientras que con la Dirección de Salud Ambiental y el Ayuntamiento colaboramos en la deposición de residuos sólidos hospitalarios, y el control de la cloración del agua usada en el hospital. Ayuntamiento, bomberos, entre otras. A nivel educativo contamos con alianzas con la UASD, UTESA, INTEC, INFOTEP, UNIBE, UNPHU Evidencias: Contrato de Basura, Acuerdos y el iimpacto de nuestras alianzas, comunicaciones de recibimientos de estudiantes de las diferentes universidades, Informe de enseñanza, acuerdos con universidades, comunicaciones de las diferentes universidades con los rotantes, Informes del hospital a los diferentes hospitales docentes, registros de vacuna.	
3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.	Planificamos responsabilidades claras con socios. Monitoreamos por medio de indicadores de salud establecidos y verificamos sistemáticamente el cumplimiento de acuerdos y metas mediante auditorías de insumos y servicios, y actuamos optimizando las relaciones para maximizar el valor público. Cada departamento regulariza el rol que deben tener cada universidad u hospital de acuerdo a la naturaleza de sus áreas, donde implementa reglas como: horarios, ética, protocolos, guías, etc. Cada grupo universitario cuenta con un coordinador docente que se encarga de las rotaciones, los médicos o enfermeras en formación son evaluados mensual ya que las rotaciones tienen periodos cortos desde 2 meses a 3 meses. Los proveedores deben contar con sus empresas reguladas por el estado y estar al día con sus impuestos para ser elegidos por nosotros (RNC y DGII). Las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS)	

	proveen los servicios de cobertura para los ciudadanos clientes. El Programa Nacional contra la Tuberculosis (PNCT) en conjunto Con la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) llevamos la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y notificación oportuna. Al final de cada año realizamos una memoria institucional, donde plasmamos los resultados de impacto de todas las alianzas que tenemos Evidencias: Acuerdos, contratos con ARS, PAI, SUGEMI, horarios, divisiones por áreas, protocolos, memoria institucional, indicadores de salud.	
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	En la actualidad contamos con las alianzas público-privada como las Universidades (INTEC, UTESA, UASD, UNIBE, UNPHU), del sector Público (PROMESE, Plan de la Presidencia, Ayuntamiento, DIGESSET y escuelas Públicas del sector. Los servicios de conectividad a internet y almacenamiento en la nube (Cloud) son gestionados a través de la empresa Claro Dominicana, la cual provee soluciones tecnológicas alineadas a las necesidades del hospital. Estas alianzas permiten asegurar una mayor estabilidad de los servicios críticos y el resguardo de la información institucional. Las diferentes alianzas que posee nuestro centro hospitalario son de suma importancia ya que estas nos ayudan a mantener nuestra institución en funcionamiento y mejorar cada día los servicios que ofrecemos. Con los recursos adquiridos a través de la venta de servicios a las ARS podemos implementar mejoras, contratar personal faltante, adquirir insumos y materiales gastables, medicamentos entre otros. Evidencias:	

	Alianzas públicas y privadas. Contratos con ARS, presupuesto, SUGEMI	
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Se aplica según los parámetros de la ley No. 340-06 de Compra y Contrataciones, que estén al día con el pago de la TSS, proveedor del estado, pago de impuestos, entre otros. Nuestros proveedores están altamente capacitados y poseen la responsabilidad necesaria para formar parte de esta gran familia. Aseguramos los principios y valores con la selección de proveedores socialmente responsables utilizando el Portal Transaccional como garante de transparencia, Utilizamos el Portal Transaccional para las licitaciones de compra y Contrataciones. En este año 2026 obtuvimos el segundo lugar en hospitales del mejor desempeño y transparencia físico-financiera de las instituciones del estado. Evidencias: Captura del Portal Transaccional y Ley 340-06: Listado de proveedor con todos sus datos, Certificación de Proveedor del Estado, contrato	

SUBCRITERIO 4.2. Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos /clientes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	Incentivamos la participación ciudadana mediante la comunidad y el enlace con la comunidad con sus comités o juntas de vecinos. Aseguramos que la toma de decisiones esté centrada en el paciente, garantizando servicios con calidad, calidez y un alto sentido de responsabilidad social. El Hospital cuenta con un Consejo de Administración que contempla el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas del año 2009, está conformado por el director del centro, un representante de la Red a la que pertenece el	

	Centro, dos representantes de la comunidad organizada, un representante de la municipalidad y dos representantes de los gremios de personal que laboran en el centro. Por medio del centro de atención al usuario se orienta y se le da participación al usuario de los servicios. Contamos con el comité de calidad, grupos focales de la comunidad, en donde damos participación a nuestro personal y a los representantes comunitarios, sus aportes y sugerencia son tomados en cuenta. Disponemos del departamento de atención al usuario, el cual cuenta con buzones de quejas y sugerencias, ubicados en áreas estratégicas de todo el centro, además contamos con redes sociales y la línea 311, todas estas vías nos ayudan a recibir información importante de nuestros usuarios externos e internos. A través de las encuestas de satisfacción al usuario por medio de la plataforma del SNS, recibimos la valoración de calidad de las atenciones que brinda nuestro centro de salud. Evidencias: Fotos de los buzones de quejas y sugerencias, acta constitutiva del comité de calidad, comité de calidad de los servicios y seguridad del paciente, listado de participación y minutas de las reuniones de los comités y grupos focales, portal 311, redes sociales.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	Contamos con una oficina de la OAI, se aplica según la ley No. 200-04, de libre acceso a la información pública. Garantizamos la transparencia operando una política de información proactiva y abierta, donde se planifica la rendición de cuentas de manera periódica a través de su portal web, la OAI y el sistema SISCOMPRAS, asegurando que los datos financieros y operativos sean público y auditables. Tenemos un encargado de relaciones públicas que se encarga de socializar el funcionamiento,	

	actividades, logros en los medios de comunicación internos y externos. Por medio del cual todas las informaciones son expuestas a todos los grupos de interés. Dentro de la institución utilizamos comunicaciones, chats, murales, medios audiovisuales. El personal de salud también brinda en cada contacto con el usuario y sus familiares informaciones oportunas sobre la condición de salud, como recuperarla y como prevenir problemas de salud y disfrutar de un estilo de vida saludable. Todas las áreas remodeladas están debidamente señalizadas, la cartera de servicios se encuentra disponible y colocada en áreas visibles del hospital. Contamos con marcos de deberes y derechos publicados en todas las áreas de producción de servicios. Trabajamos con la OPTIC para fortalecer nuestro portal, con la DIGEIP todo lo concerniente a Ética y Transparencia Evidencias: Ccomunicaciones, plan de comunicaciones y redes sociales, fotos de actividades, foto cartera de servicios, notas de prensa, formularios de encuestas de satisfacción. Fotos de deberes y derechos, pagina WEB portal de transparencia, SISCOMPRA.	
3.Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.	Nuestra institución a través de la planificación operativa desarrolla una gestión eficaz de acuerdo a la demanda de los usuarios. Contamos con Cartera de servicios actualizada en nuestra página WEB y OAI, esta cuenta con las informaciones sobre los servicios que brindamos y sus horarios. Esta se actualiza mensual. Contamos con nuestra segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, donde comprometemos la consulta, emergencia, internamiento e imágenes con los atributos de amabilidad, fiabilidad,	No tenemos la Carta Compromiso al Ciudadano actualizada.

	profesionalismo en 85%, y el área de imágenes con un tiempo de respuesta de 3 días laborables. Evidencias: Fotos, informe de evaluación del MAP del seguimiento de la Carta Compromiso al Ciudadano. Brochure de CCC, Fotos de la cartera de servicios y publicada en nuestra página WEB y redes sociales, publicación trimestral de la valoración de los atributos de calidad en la página WEB.	
--	---	--

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	En nuestro POA se alinean los objetivos estratégicos, metas e indicadores con el presupuesto para poner y mantener la organización en movimiento, brindando servicios de calidad con eficiencia y eficacia. El presupuesto y los recursos humanos son los principales medios para la dirección y control de la organización. Se mantienen un control total de las finanzas garantizando así los recursos necesarios para la realización de actividades estratégicas. Formulamos el PACC anual. Este enfoque asegura que cada recurso financiero respalde directamente la calidad de los servicios y la sostenibilidad operativa del centro. El hospital ha experimentado un fortalecimiento significativo de su infraestructura tecnológica. Actualmente cuenta con una red de comunicaciones más robusta, con implementación de fibra óptica en diferentes áreas del hospital, un datacenter reestructurado y modernizado, equipos tecnológicos actualizados y un sistema de seguridad	

	tecnológica fortalecido. Se trabaja minimizando el gasto, esto de acuerdo a los objetivos estratégicos. Evidencias: Plan estratégico SNS y matriz POAI 2025, 2026, Cuadro de Mando Integral, Presupuesto Anual, datacenter, informe de ejecución presupuestaria trimestral	
2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	Garantizamos la eficiencia en el uso de cada recurso donde se planifica y ejecutamos un control riguroso de inventarios y activos fijos (DHSES-RE-005), junto a una gestión estratégica de facturación que reduce glosas y objeciones médicas. Este desempeño se verifica mediante informes mensuales de auditoría y comportamiento de pago, permitiendo actuar de forma oportuna para sanear deudas y fortalecer los contratos con las ARS. En nuestra plantilla de Excel en el cual se plasma nuestro POA, está plasmado el presupuesto por proyectos y actividades. El departamento de Activo Fijo realiza el inventario de equipos y mobiliario. El almacén de medicamentos y suministros médicos mediante la plantilla de buenas prácticas de almacenamiento lleva el control de sus necesidades. Mediante la planificación se establecen los mecanismos de monitoreo y evaluación para un control efectivo y poder detectar desviaciones que se producen en lo proyectado. En este presupuesto se planifican los posibles gastos de los diferentes departamentos que componen el hospital estos son analizados y se van cumpliendo según el orden de prioridad. Para mantener la sustentabilidad del hospital, se han tomado algunas iniciativas en el área de facturación para evitar el escape y asegurar el retorno de la inversión por los servicios prestados, como son: diferentes áreas de facturación donde prestamos los servicios.	

	Hemos trabajado con los tiempos de espera, personal para orientar a los ciudadanos, medios audiovisuales informativos de nuestros servicios ofertados. Con relación a las ARS contamos con estructuras y procesos de auditorías médicas de concurrencia y de Cuentas, que buscan monitorear y mejorar la calidad de la atención y la reducción de las glosas en los procesos de los servicios prestados, en general contamos con 18 ARS en la actualidad. Este modelo asegura que la inversión institucional se traduzca en servicios de salud ininterrumpidos y de alta calidad. Para asegurar un adecuado retorno de la inversión que supone la prestación de servicios, nuestra unidad de facturación se ha ocupado de establecer contratos de prestación de servicios con las diferentes ARS Evidencias: POA presupuesta, reporte de facturación, reporte de auditorías de cuentas médicas, reporte financiero, reportes e informes costos. Contratos con ARS. Inventario de activo fijo y buenas prácticas de almacén de medicamentos e insumos médicos.	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	Por medio el POAI integramos los objetivos financieros y no financieros. En el Plan Estratégico se plasman las iniciativas estratégicas y proyectos a ejecutar. De nuestros planes se desprende un plan de compras, un plan de inversiones y todo se ajusta con el presupuesto institucional, el cual se elabora anual. Nuestra institución por medio de la socialización hemos avanzado en lo que se refiere al plan estratégico, análisis FODA, portal de transparencia. Para realizar estos análisis de riesgo y oportunidades se revisan los informes financieros trimestrales e informes anuales históricos, y a través de hojas de cálculos. Estos informes son supervisados por	

	medios de auditorías del Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de salud. Se garantiza la estabilidad financiera integrando el equilibrio presupuestario con el impacto social de los servicios planificando una gestión financiera basada en el análisis de riesgos, priorizando objetivos no financieros como la seguridad del paciente. Este desempeño se verifica mediante el seguimiento al presupuesto y la mitigación de amenazas económicas, permitiendo actuar con ajustes estratégicos que protegen los recursos institucionales y aseguran la sostenibilidad de la misión. Los resultados nos ayudan a identificar las oportunidades de mejoras en términos financieros de cómo seguir aumentando y captando recursos para el buen funcionamiento del hospital. Evidencias: Plan estratégico, Informes financieros trimestral y anual, informes de auditoría.	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	Para asegurar la transparencia financiera y presupuestaria se realizan varias acciones como son: las del presupuesto participativo, en conjunto con el Servicio Regional de Salud Ozama y departamentos del hospital. Contamos con un auditor de la Contraloría Nacional, quien evalúa todas las transacciones realizadas por la institución acorde a lo establecido por la ley. Tenemos una OAI con su representante quien se encarga de tramitar las informaciones solicitadas por los ciudadanos y colocar las informaciones entregadas en el portal de transparencia. La creación de un Comité de Compras integrado por la dirección, el departamento administrativo y financiero, encargado de compra, departamento legal, departamento de planificación, calidad y desarrollo, quienes se reúnen para decidir sobre todo lo concerniente selección de proveedores,	

	compras y pagos. En cuanto a este tema nos regimos por la ley 340 -06 de compras y contrataciones. Cumpliendo con todos los requisitos legales de nuestro país. Se asegura mediante el correcto uso de los recursos financieros. El departamento administrativo mensual y trimestralmente envía estos informes al Servicio Nacional de Salud y Servicio de Salud Ozama, con la finalidad de asegurar la transparencia con la que los recursos son utilizados. Evidencias: Portal de transparencia, informes financieros, plan de mejora financiero, Matriz de informe trimestral, informes de auditoría medica, minutas de reuniones comité de compras, acta constitutiva comité de compras, OAI, portal transaccional.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	El departamento de estadísticas por medio de la plataforma Intranet reporta el formulario 67A, 72A, nuestra producción hospitalaria. También cada departamento por medio de informe de instrumentos estandarizados por el SNS, realiza sus reportes acordes a lo planificado mensual, trimestral, semestral o anual de sus estadísticas en base a los indicadores de cada área, por medio de la plataforma Intranet del SNS Y estos datos son puesto al público a través de la página del repositorio del SNS. Evidencias: RIES, Formularios el 67A, 72A, informes departamentales, informes de ejecución presupuestaria	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

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

1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	Contamos con un plan de capacitación en el cual se proporciona capacitación para el personal de forma presencial y virtual con diferentes organizaciones, el cual incluye cursos para desarrollar las competencias con relación a las tecnologías. Además, talleres y socializaciones de Guías y protocolos de actuación en las áreas médicas. Integramos procesos robustos y tecnología de vanguardia donde el centro planifica la administración de su conocimiento a través del Manual de Proceso garantizando que la información esté disponible y protegida. Contamos con nuestra matriz de levantamiento de procesos y procedimientos identificados desde nuestros inicios, realizamos la actualización de algunos procesos y procedimientos misionales. Plan de capacitación 2025 y 2026 Evidencias: Manual de procesos, foto y listados de las capacitaciones y plan de capacitación del personal 2025 Y 2026, certificados de participación, software	No tenemos los procedimientos de las áreas comprometidas en la Carta Compromiso al Ciudadano.
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	La información institucional es gestionada bajo criterios de seguridad, disponibilidad y confiabilidad. El hospital cuenta con mecanismos de protección de la información mediante respaldos locales y copias de seguridad en la nube, lo que garantiza la recuperación de la data ante posibles incidentes o contingencias. Las informaciones externas que el hospital considera de interés son recopiladas, analizadas, procesadas y utilizadas por las áreas correspondientes para mejora de la calidad de nuestros servicios. Estas informaciones son utilizadas para la formulación de los planes estratégicos, informes semestrales. Somos parte del sistema de vigilancia epidemiológica del país, por lo que es de suma	

	importancia las Informaciones epidemiológicas que se producen en nuestro país y el mundo. Cada encargado se mantiene recopilando informaciones actualizadas relacionadas con nuevos procedimientos y tratamientos que han sido científicamente probados y se implementan en el hospital. Evidencias: Reportes estadísticos y de monitoreo del centro, Carpetas del share point, instrumentos de recolección de información, informes, respaldos locales.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	Diversos sistemas tecnológicos apoyan la gestión de la información, entre ellos los sistemas de facturación, estadísticas hospitalarias y otros utilizados por áreas administrativas, permitiendo un acceso más ágil y controlado a los datos. Hemos mejorado el sistema de servidores del centro, contamos con una unidad de tecnología quienes se encargan de mantenernos a la vanguardia, con lo cual podemos garantizar el almacenamiento de información, también se hicieron mejoras sustanciales en la red wifi del establecimiento. Hemos sido beneficiados con capacitaciones nacionales e internacionales, así como de reuniones virtuales con diferentes instituciones sobre manejo de las TICs en los centros de salud. Evidencias: Fotos, certificados, listado de participantes, sistemas tecnológicos, portal web, las NORTIC.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	A través de las plataformas digitales se establece redes de aprendizaje transformando la información externa en valor organizacional el hospital planifica su participación en comunidades de conocimiento técnico, utilizando plataformas digitales. Este proceso se verifica a través de la actualización	,

	sistemática de la documentación de procesos por parte de la División de Planificación, permitiendo actuar con la implementación de ideas creativas y protocolos de vanguardia. Contamos con Wifi, las redes sociales, sistemas de Datos Abiertos, salón de conferencias y diferentes plataformas por las cuales somos capacitados como son, ZOOM, GOOGLE Y MEET, etc. Evidencias: Wifi, listado de participantes, seguimiento a las redes sociales, ZOOM, GOOGLE y MEET, fotos de capacitaciones	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	En comparación con períodos anteriores, la información es actualmente más confiable, se encuentra mejor resguardada y es más accesible para los usuarios autorizados, contribuyendo a una mejor toma de decisiones institucionales. El hospital cuenta con mecanismos de protección de la información. Monitoreamos la información y garantizamos la integridad de su conocimiento organizacional sustentado en su infraestructura tecnológica el departamento de Informática planifica el resguardo de la información a través de su INTRANET, administrada bajo estrictos criterios de seguridad y confiabilidad por el departamento de Informática. Mediante respaldos locales y copias de seguridad en la nube, lo que garantiza la recuperación de la data ante posibles incidentes o contingencias. Cada encargado departamental monitorea las informaciones y las capacitaciones referentes a sus áreas, para el cumplimiento de estas a través de Internet, las redes sociales, sistemas de Datos abiertos y salón de conferencias, donde se involucran a todos los colaboradores. La división de planificación y las secciones de monitoreo y evaluación y calidad monitorean	

	trimestralmente la información y el conocimiento de la organización asegurando que se cumplan los planes de mejora, la calidad del dato de la información de la producción de servicios, También Epidemiología y Estadística cruzan datos sobre nacimientos y otras estadísticas vitales para garantizar la calidad del dato. Nuestro sistema informático para almacenar y controlar todas las informaciones del HDVC utiliza carpetas aseguradas en servidores y backups. Evidencias: Reporte de monitoreo trimestral, Carpetas con backups, INTRANET.	
6.Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	Se planifica y se ejecuta la difusión de conocimiento a través de herramientas digitales (correo, WhatsApp) y medios físicos (murales informativos), asegurando la cobertura en todas las estaciones de trabajo clínicas y administrativas. Este sistema se verifica mediante el seguimiento a la participación del personal y se actúa refinando los canales de comunicación, asegurando que todos los servidores públicos cuenten con la información necesaria para su desarrollo y la mejora del servicio. Contamos con correos institucionales a través de los cuales se remiten las informaciones a los distintos departamentos, tenemos grupos de WhatsApp general y por departamentos, así como también murales informativos donde se publican las Informaciones generales de la institución. Evidencias: Correos Institucionales, Grupo de WhatsApp, Murales Informativos.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Promovemos la transferencia de conocimiento transformando el aprendizaje individual en capacidad institucional Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de	

	información con diferentes grupos de interés. Este proceso se verifica mediante el seguimiento al desempeño y la aplicación de protocolos, permitiendo actuar con el fortalecimiento de la cultura de colaboración y la actualización constante de los manuales de servicio, garantizando que el saber colectivo mejore la calidad hospitalaria. Utilizamos la plataforma de ZOOM, GOOGLE, MEET Y otras para transferencia de conocimientos al personal. Diseñamos estrategias y herramientas a favor de la gestión eficiente de la información y el conocimiento. Realizamos, talleres, conferencias y socializaciones de actualizaciones. Evidencias: Listado de participantes, plan de capacitaciones, redes sociales, carpetas compartidas.	
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	Nuestro centro planifica y ejecuta en conjunto con los departamentos de Atención al usuario y Comunicaciones la publicación de su cartera de servicios y la Carta Compromiso en formatos multicanal (digital y físico), asegurando que la información sea fácil de comprender. A través del portal web en la sección de transparencia, se publican todas las informaciones relevantes del centro, para uso de toda la sociedad y ciudadanos (as) que requieran de estas. De igual forma se encuentra la carta compromiso al ciudadano, la cual explica de manera explícita todos los procesos, servicios. Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de información con diferentes grupos de interés. Evidencias: Portal Web, Carta Compromiso al Ciudadano, Información suministrada por las redes sociales,	

	NORTIC, brochure carta compromiso al ciudadano físico y digital.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.	Todas las informaciones, conocimientos generados dentro de la institución son documentados y almacenados dentro de las carpetas compartidas; se realizan procedimientos, políticas, descripciones de puesto, manuales, instructivos y documentos esenciales para el manejo y funcionamiento del área, de forma estandarizada y accesible en dado caso de que haya una rotación de personal. Realizamos presentaciones informando sobre el desempeño del hospital a los grupos de interés externos e internos. De igual manera las informaciones relevantes del hospital son presentadas en nuestra página Web y redes sociales. El departamento de Recursos Humanos consta con un archivo con toda la información pertinente a los empleados, así como también el departamento de salud ocupacional. Evidencias: Carpetas compartidas, pagina Web, Expedientes de empleados.	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	La gestión de Tecnología figura como un proceso de apoyo que se interrelaciona de forma integral con todos los procesos de la institución y que responde principalmente con el objetivo estratégico de establecer y ejecutar actividades gerenciales en base a análisis de las informaciones y planificación, así como también los objetivos de mantener alto nivel de eficiencia y ejecutar un adecuado control y uso de los recursos. El Hospital ha fortalecido durante el	

	período 2025–2026 sus alianzas estratégicas en el ámbito tecnológico, con el objetivo de garantizar la continuidad operativa, la modernización de los servicios y la seguridad de la información institucional. Nuestra institución en la gestión de tecnología tiene como objetivo proveer a los usuarios (internos y externos) los servicios relacionados con sistemas y tecnología, que faciliten el registro, tabulación y análisis de las informaciones, garantizando datos en tiempo real, confiables, veraces y oportunos para la toma de decisiones. En general las áreas cuentan con equipos de computadoras para la realización del trabajo e información oportuna a nuestros ciudadanos. La gestión de la tecnología está siendo trabajada de acuerdo a las normativas establecidas por los diferentes estamentos que rigen la institución en este sentido. La Sección de tecnología dispone de manual de puestos y funciones, así como políticas, procesos, procedimientos y manuales de operación, que sirven para el desarrollo de la gestión de las Tics. Como parte de esta política, nuestro centro ha diseñado un sistema de gestión de documentos del POA, donde se le da seguimiento al cumplimiento de los objetivos trazados para cada gerencia. Sistemas como el INFOLAB, y el Intranet, son algunos de los softwares de mayor importancia para la gestión efectiva del centro de acuerdo a las estrategias, que dan respuesta a los objetivos e indicadores Evidencias: Normas de la OPTIC, POA de Tecnología, Plan Estratégico y Manuales, registros INFOLAB, intranet.	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	El área de Tecnología de la Información gestiona los recursos financieros asignados de forma planificada y alineada a las prioridades institucionales del	

	hospital. Las decisiones de inversión se orientan principalmente a atender los aspectos críticos de la operación, garantizar la continuidad de los servicios tecnológicos y promover la modernización de la infraestructura. Durante el período 2025–2026 se evidencia un uso más eficiente del presupuesto, caracterizado por una mayor planificación, una reducción de compras improvisadas y la realización de adquisiciones más acertadas, basadas en las necesidades reales del hospital. Este enfoque ha permitido maximizar el impacto de las inversiones tecnológicas y mejorar el rendimiento general de los sistemas y servicios. Mejoras en planeación, control y uso de los recursos. Suministro oportuno de insumos para las operaciones. Cumplimiento de requerimientos gubernamentales ya que se pueden realizar desde el mismo centro sin tener que usar medios de transporte y simplificación de trámites burocráticos. Disponibilidad de información apropiada al instante, reduce el uso de papel. Aumento de la confiabilidad de la información Mejor servicio al cliente externo e interno Logro de ventajas competitivas, etc. Evidencias: Informe de rentabilidad de las tecnologías y su impacto en la institución, software	
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).	Nuestro centro identifica y aprovecha nuevas tecnologías impulsando la automatización y el análisis de datos, donde se planifica el uso de sistemas integrales que sustituyen procesos manuales y generan información estratégica para la gestión. Este desempeño se verifica mediante el cumplimiento de las normativas de Datos Abiertos y Gobierno Digital (NORTIC E1, NORTIC A2 Y A3), permitiendo actuar con mejoras tecnológicas que	

	potencian la transparencia y la eficiencia operativa en beneficio del ciudadano. Contamos con los equipos tecnológicos en el área médica con nuevas tecnologías: Servidores de última generación. Mamógrafo. Ecocardiógrafo. Tomógrafo. Endoscopio. Torre de Laparoscopia. Equipos de Rayos X portátiles. Equipos laboratorio clínico. Para cumplir con las políticas de datos abiertos, nos hemos certificado en las siguientes Normas de la OPTIC, NORTIC A2 y A3. Evidencias: Equipos tecnológicos, Certificados NORTIC A2 y A3, E1, fotos equipos.	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	El departamento de tecnología trabajo en equipo a través de carpeta compartidas y sistemas integrales, optimizando la creación de documentos estratégicos como el POA. Este modelo se verifica mediante el monitoreo de la seguridad digital y la participación ciudadana bajo la NORTIC E1, A2 Y A3, permitiendo actuar con mejoras tecnológicas que garantizan una gestión hospitalaria ágil, y altamente participativa. Actualmente contamos con una red de comunicaciones más robusta, con implementación de fibra óptica en diferentes áreas del hospital, un datacenter reestructurado y modernizado, equipos tecnológicos actualizados y un sistema de seguridad tecnológica fortalecido. Hemos implementado diferentes sistemas para eficientizar los servicios desde la unidad de tecnología de la información se han desarrollado aplicaciones y herramientas que permiten la colaboración y participación de todos los	

	colaboradores y ciudadanos La tecnología en el área de educación continua y capacitación nos permite mantener las redes internas y externas del hospital ya que contamos con residencias médicas y nos permite Interrelacionarnos con otros hospitales y unidades de videoconferencia, así mismo en nuestra red interna los empleados utilizan estos sistemas para la realización de actividades formativas. Evidencias: Rreuniones virtuales, redes sociales, grupos de WhatsApp, POA, NORTIC E1, A2 Y A3, CLARO CLOUD	
5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.	El departamento de la OAI y comunicaciones se planifica una gestión multicanal que integra formación virtual, redes sociales y un portal web robusto para la atención de necesidades internas y externas. Diversos sistemas tecnológicos apoyan la gestión de la información, entre ellos los sistemas de facturación, estadísticas hospitalarias y otros utilizados por áreas administrativas, permitiendo un acceso más ágil y controlado a los datos Contamos con una infraestructura que consta con dos salones de reuniones, un salón de clases, y nuestras oficinas administrativas cuentan con las TIC. Utilizamos las TIC para brindar información a los usuarios sobre la cartera de servicios que ofertamos, horarios de atención, programación de citas. Estamos trabajando en diferentes sistemas informáticos no solo para trabajar Gestión por Procesos sino Gestión por Resultados. La existencia de medios informativos, para cubrir las necesidades de los grupos de interés (externos). Garantizando el acceso a la información; a través de las siguientes vías: Correo Electrónico Institucional. Circulares Internas. Creación de Cuentas de Redes Sociales. Portal Web. Intranet. SGC (Sistema de Gestión Clínica y Administrativo)	

	Áreas Implementadas : - Oficina de Atención al usuario - Atención al usuario (1er y 2do nivel). - Emergencias - Hospitalización - Tesorería (Caja) - Trabajo Social - Archivo Evidencias: Módulos Informáticos, Redes Sociales, Murales, OAI, Correos Electrónicos, SIGMA, Procedimiento de etc	
6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.	La protección de datos se han integrado tecnología de nube y protocolos de red avanzados, desde donde se planifica el resguardo de su información crítica a través de Claro Cloud y redes segmentadas, asegurando un equilibrio entre la transparencia informativa y la privacidad clínica. Este sistema se verifica con monitoreo de seguridad y copias de respaldo, permitiendo actuar de forma proactiva ante riesgos digitales, consolidando una gestión de datos segura y alineada a las normativas de seguridad social y gobierno digital. El hospital cuenta con mecanismos de protección de la información mediante respaldos locales y copias de seguridad en la nube, lo que garantiza la recuperación de la data ante posibles incidentes o contingencias. Contamos con un cuarto de Data, seguridad para los apagones. A nivel de equipos informáticos contamos con PC con procesadores 15 e 17 Intel, monitores de 17 pulgadas UPS de 500 VA y 1000 VA. El cuarto de data vela por generar una administración de recursos, identificación de riesgos y fidelización del ciudadano. Evidencias: Fotos Procedimiento de backup, Normas NORTICS, CLARO CLOUD, datacenter.	

7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.	El impacto integral de nuestras tecnologías están equilibrando la sostenibilidad ambiental con la inclusión social, planificamos el reciclaje de insumos tecnológicos, mientras protege a los usuarios no electrónicos mediante asistencia personalizada en el centro. Este modelo se verifica con informes de disposición de residuos y Tomamos en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las Tics, por eso promovemos el correcto manejo y la eliminación correcta del reciclaje, la eliminación correcta de los tóneres, papel y otros. Campaña de sensibilización de protección al medio ambiente: envío de mensajes por correo electrónico y en las redes sociales, recordatorios sobre ahorro de energía recordando apagar los equipos informáticos. Evidencias: Manuales y protocolos, redes sociales, fotos descarte de cartuchos	
8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	Planificamos con anterioridad el suministro de insumos en coordinación con PROMESE/CAL, utilizando métodos de control de inventario (PEPS) para asegurar la vigencia y seguridad de los fármacos. Este proceso se verifica mediante auditorías de consumo y actúa con ajustes proactivos en la programación de necesidades, logrando una gestión de farmacia eficiente y transparente que mejora directamente los resultados de salud de los pacientes Garantizamos la disponibilidad y el uso racional de productos de calidad por medio del SUGEMI y priorizamos por medio de este los programas de control de enfermedades como VIH, Tuberculosis, Malaria, PAI. Brindamos servicios por medio del COIN, programa de TB, VIH-TB. Evidencias:	

	SUGEMI, fotos de los departamentos y reportes de producción. Matriz de Programación de Medicamentos SUGEMI, Fotos del Almacén Organizado	
--	--	--

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).	Hacemos uso eficiente de las instalaciones físicas distribuyéndolas de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros colaboradores. Contamos con un plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Infraestructura Física, Instalaciones eléctricas, Instalaciones Sanitarias, Redes y Comunicaciones, Equipos Médicos) garantiza la operatividad de sus instalaciones asegurando un entorno seguro y sostenible se planifica un mantenimiento preventivo 24/7 de infraestructura y equipos médicos, respaldado por un sistema energético con autonomía de combustible. Este desempeño se verifica a través de bitácoras técnicas y reportes de cumplimiento, permitiendo actuar con mejoras continuas en las instalaciones para proteger la inversión institucional y garantizar la seguridad del paciente y del personal Los recursos energéticos son usados de forma	

	racional y de manera eficaz, ya que nuestro sistema energético es oportuno y eficiente, lo que se demuestra al entrar de manera automática cuando falla el sistema energético y garantizamos el combustible pues tenemos instalado un depósito de combustible. Estamos en el proceso de remodelación de hospital por el MIVED, se contempló las necesidades físicas y de limitaciones, tenemos rampas y ascensores. Existen contratos de mantenimiento firmados con los suplidores, se racionalizan los combustibles y oxígeno, tenemos un área para desechos y materiales tóxicos. El hospital posee parqueos por áreas como son: parqueo administrativo, de emergencia, de consulta y señalizado para discapacitados y embarazadas. Algunas áreas han sido reestructuradas adaptándola a la mejora operacional y por ende ofrecer un mejor servicio. Las instalaciones son evaluadas por los usuarios por medio de encuestas. El hospital cuenta con la división de Mantenimiento responsable del seguimiento del plan general de mantenimiento del Hospital. Es esta división, contamos con el personal operativo para garantizar el mantenimiento de equipos, mobiliario e infraestructura, quienes brindan servicios 24 horas. Evidencias: Plan de Mantenimiento Preventivo, informes y reportes de mantenimiento, planos, bitácoras	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Contamos con las condiciones correcta de accesibilidad de las personas con alguna discapacidad. El Hospital garantiza instalaciones seguras e inclusivas eliminando barreras arquitectónicas planifica y ejecuta	

	protocolos de accesibilidad (rampas, parqueos y baños adaptados) para proteger el derecho a la salud. Nuestro hospital cuenta con tres edificios, consultas, administrativo, emergencias e internamiento y áreas comunes. Contamos con el departamento de mantenimiento quien se encarga por medio de la distribución de su personal mantener nuestras áreas higienizadas de forma eficiente y sostenible por medio del despacho de materiales para estos fines por medio del seguimiento al plan de mantenimiento, junto a una rigurosa gestión de Hostelería y Rutas de Desechos Biológicos. Este desempeño se verifica mediante inspecciones de seguridad y se actúa a través de planes de mejora continua, asegurando un entorno hospitalario higiénico, accesible y perfectamente señalizado para la satisfacción de sus usuarios De manera periódica se brinda el mantenimiento debido para garantizar la seguridad de todas las áreas. También el área de limpieza diseña y ejecuta un plan de limpieza para mantener seguras las áreas hospitalarias, de igual forma tenemos diseñada y definida ruta de desechos biológicos. implementado las señaléticas que conforman la ruta y la colocación de los planos con las rutas integradas, al igual que la ruta de desechos Se realizan supervisiones diarias de instalaciones y equipos con la finalidad de asegurar un correcto funcionamiento de las mismas. Contamos con un formulario de monitoreo higiene y mantenimiento donde se hacen supervisión de tinacos, tanques, grifo, tuberías, medición de cloración de agua, limpieza, pintura, iluminación, puertas, cerraduras ventanas, camas, equipos plagas, aire acondicionado por departamentos, plomería, planta eléctrica, aceite voltaje y horas, de cisterna, basura. Estas supervisiones se hacen con la	
--	---	--

	finalidad de mantener en óptimas condiciones todo lo concernientes a los servicios generales. Actualmente tenemos algunas áreas intervenidas por remozamiento a cargo del MIVED. Evidencias: Seguimiento al plan de mantenimiento, informe de la infraestructura de MIVED, Plan de Mejora de Hostelería, Ruta de Desechos Biológicos.	
3.Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.	Contamos con la sección de activo fijo quien se encarga de asegurar una gestión efectiva de equipos, mobiliarios, etc. El departamento de mantenimiento que por medio de su plan preventivo permite que el ciclo de vida de la infraestructura se mantenga sin poner en peligro la estructura física como el personal y usuarios. Plan de mantenimiento de equipos que nos permite que el tiempo de utilidad sea mucho más. En contribución al cuidado medioambiental la división de comunicaciones se ha empoderado en este tema realizando campañas de protección del medio ambiente (interno y externo) en compañía de servidores públicos que conforman este centro hospitalario tales como: Concientización del uso de energía, Reciclaje y Ahorro de Insumos. Tenemos contrato con AIDSA para la eliminación de los residuos biológicos. Evidencias: Reportes de activo fijo, seguimiento al plan de mantenimiento de infraestructura y equipos, contrato con AIDSA, fotos campaña de protección al medio ambiente,	
4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Nuestro centro maximiza su valor público convirtiendo sus instalaciones en un activo	

	estratégico para la comunidad. Contamos con unidad de atención especializada (Unidad de Adolescentes y unidad de intervención en crisis), garantizando una oferta inclusiva y de calidad. Contamos con dos salones de reuniones, salón de enseñanzas, los cuales son utilizados por las diferentes universidades, institutos tecnológicos, reuniones del CMD, reuniones con comunitarios. El centro ha puesto a disposición las instalaciones a la comunidad, indistintamente de raza, color, nivel social. Realizamos jornadas médicas, donde los servicios se trasladan a los sectores de esta comunidad para brindarles estos de forma gratuita Evidencias: Fotos de reuniones, jornadas médicas, asambleas, unidad de adolescente, unidad de intervención en crisis	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	La energía es un recurso indispensable para la realización de nuestra labor diaria, por tal motivo se le presta especial atención asegurando la continuidad de sus servicios críticos, planifica el uso racional de energía respaldado por sistemas de transferencia automática y UPS, ya que nuestro sistema energético es oportuno y eficiente, lo que se demuestra al entrar de manera automática cuando falla el sistema energético formal porque nuestra capacidad instalada responde a la demanda del hospital. Este servicio es sostenible ya que garantizamos el combustible pues tenemos instalado un depósito de combustible. Además, contamos con un sistema alternativo de energía auxiliar para los puntos críticos de atención y servicios del hospital que son los UPS para (sistema informático, luces auxiliares de áreas estratégicas y Quirófanos). permitiendo actuar con optimizaciones que garantizan una infraestructura realizando las	

	siguientes tareas: apagando equipos y bombillas fuera de uso, mantenimiento de redes y cableados, supervisión de las instalaciones de acuerdo al plan de mantenimiento, entre otras. Horario de apagado de las computadoras de consulta. Evidencias: Plan de Mantenimiento de Infraestructura y Equipos, Informes de seguimientos a los planes de mantenimiento de infraestructura y equipos. Comunicaciones al personal sobre las medidas a tomar en el consumo energético.	
6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).	Garantizamos la accesibilidad universal eliminando barreras físicas para asegurar el derecho a la salud. Contamos con varias áreas de parqueos señalizados e iluminados, distribuidos para las diferentes áreas como son: parqueos para áreas administrativas, médicos, usuarios, ambulancias y taxistas. Contamos con parqueos inclusivos para las diferentes discapacidades, cercano a las entradas principales del centro. Tenemos rampas en la entrada del edificio de consulta, emergencias, área de carga y descarga y edificio administrativo. En todas las aéreas tenemos sillas de ruedas. Estamos ubicados en una vía principal, por lo que contamos con diferentes rutas de guaguas y carros públicos que permiten a nuestros usuarios un fácil acceso al centro. Este sistema se verifica mediante rondas de supervisión de mantenimiento y se actúa con mejoras continuas en la infraestructura, asegurando que tanto empleados como pacientes accedan a las instalaciones de forma ágil, digna y segura. Evidencias: Fotos de los parqueos y rampas, foto de rutas de guaguas, transporte público y privado, sillas de rueda, camillas y rampas.	

7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Tenemos el comité de emergencias y desastre conformado desde hace varios años. En este año fue actualizado el plan de gestión de riesgos, activación del comité Hemos capacitado al personal en simulacro de evacuación, uso correcto de los extinguidores. Contamos con Salud Ocupacional, Calidad en la Gestión y encargado de Emergencias y Desastres que se activa, en temporadas específica como son: semana santa, fenómenos meteorológicos, Navidad y cualquier activación por las autoridades del COE y SNS. Evidencias: Acta constitutiva del comité de emergencias y desastres y su plan actualizado, listado de participantes, fotos de simulacro.	No tenemos el plan de mejora de administración de riesgo
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Disponemos de un plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura y Equipos, del cual enviamos informes trimestrales al SRSO, por medio del POA y el SISMAP SALUD. A este plan le damos seguimiento de cerca para el correcto funcionamiento de las áreas y equipos. Se planifican revisiones rigurosas en Quirófanos, UCI y Neonatología, abarcando desde la infraestructura física hasta los equipos médicos críticos. Este proceso se verifica mediante bitácoras diarias y reportes de cumplimiento, permitiendo actuar de forma proactiva para mantener la continuidad asistencial y la seguridad del paciente, asegurando que cada instalación responda con eficiencia ante la demanda de salud. Evidencias:	

	Plan de Mantenimiento Preventivo 2025 Y 2026, reportes de seguimiento, SISMAP SALUD, bitacoras.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Con la nueva Estructura Organizativa, contamos con la sesión de Activo Fijo, quien se encarga de realizar y actualizar el inventario de bienes. Este inventario se reporta trimestral al SRSO por medio del POA. El Hospital planifica los levantamientos de inventario utilizando el formulario DHSES-RE-005, coordinando con el SNS la eliminación segura de equipos obsoletos. Este proceso se verifica mediante auditorías de activos y se actúa liberando espacios físicos y actualizando los registros contables, garantizando una administración de bienes eficiente, legalista y alineada a los estándares de la Red Pública de Salud Evidencias: Estructura Organizativa, reporte de inventario de bienes, Cartas dirigidas al SRSO para el traslado y descargo de chatarras y Reporte de Equipos Médicos del Establecimiento. Formulario de Levantamiento de Inventario de Activos Fijos.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Contamos con programa de gestión de desechos y la ruta de evacuación de desechos hospitalarios. El departamento de bioseguridad se encarga del monitoreo y supervisión del cumplimiento de este protocolo. Mensualmente realizamos el levantamiento con formularios estandarizados por el SNS, para el correcto manejo de los desechos sólidos. Contamos con depósito para los desechos sólidos en buen estado y una compañía para la recolección y deposición final de los desechos infecciosos y la recolección de los desechos comunes por el ayuntamiento. Contamos con el comité de Desechos.	No contamos con el comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios.

	Este proceso se verifica mediante inspecciones de higiene y control de manifiestos de residuos, permitiendo actuar con mejoras en los protocolos de desinfección, asegurando un hospital libre de riesgos infecciosos para pacientes, personal y comunidad Evidencias: Fotos de la ruta de evacuación, foto del depósito de desechos sólidos, factura de pago a la compañía recolectora de los desechos infecciosos. Manual de Limpieza Desinfección y bioseguridad	
--	--	--

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

SUBCRITERIO 5.1. Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor para ciudadanos y clientes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La organización: I. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.	Tenemos definidos todos los procesos y procedimientos especialmente los procesos clave que añaden valor al servicio brindado y que inciden directamente en la satisfacción de los usuarios. La institución cuenta con Mapa de Procesos donde se esquematizan claramente los procesos que llevamos a cabo, entre los que podemos mencionar: Procesos Estratégicos, Procesos Misionales o Nucleares y los Procesos de Apoyo a la Gestión Clínica y la Gestión Administrativa. Contamos con el Manual de Procedimientos, Manual de organización y Funciones Institucional, las Guías Clínicas, Protocolos de Atención y Reglamentos Técnicos, los cuales contienen los procesos de la Gestión Clínica y Gestión Administrativa Financiera. Cada proceso tiene identificado a sus responsables para garantizar la ejecución de estos. Para asegurar que los procesos ejecutados se realicen de manera	

	eficiente y con calidad cada gerente de área es responsable de los procesos bajo su responsabilidad Evidencias: Mapa de Procesos, Organigrama, formulario de levantamiento de información, manual de procedimientos, protocolos, guías, normas, carpetas compartidas.	
2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.	Nuestros procesos claves fueron actualizados acorde con las necesidades y simplificados para mejores resultados de nuestros objetivos y mejoras de la calidad de nuestros servicios y a la vez subir el estándar de satisfacción de nuestros usuarios. Los procesos claves están documentados en el formato actual estandarizado por el MAP. Tenemos la Estructura Organizativa aprobada por MAP, al igual que nuestro Manual de Organizaciones y Funciones, para garantizar una gestión ágil y eficiente Evidencias: Procesos y procedimientos claves documentados, carpetas compartidas, Mapa de procesos, Estructura Organizativa, manuales	No tenemos los procedimientos de las áreas asumidos en la CCC
3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.	Con el propósito de satisfacer a los usuarios y familiares, realizamos evaluaciones que nos ayudan a modificar los procesos para mejorar las atenciones. Instalación de más áreas de facturación para evitar el aglomeramiento. Atención a las y los adolescentes en una unidad climatizada que permite su privacidad. Facturación en diferentes áreas para simplificación de trámites. Farmacia en el área de emergencia para el manejo oportuno de medicamento y enfermería. Rotación de residentes de los diferentes hospitales, los cuales colaboran en el manejo de las patologías y	

	atenciones de usuarios lo que conlleva a un manejo oportuno de las patologías. Durante el período 2025–2026, el área de Tecnología de la Información ha fortalecido significativamente la eficiencia de sus procesos. Se evidencia una reducción en la frecuencia de caídas de los sistemas, una mejora en los tiempos de respuesta y una mayor planificación en la ejecución de las actividades tecnológicas. Estos avances han permitido disminuir la improvisación en la gestión tecnológica, optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar una mayor estabilidad en los servicios tecnológicos críticos, impactando positivamente la operación general del hospital. Evidencias: Fotos del área de facturación, farmacia de emergencia funcionando con el nuevo software, listado de médicos residentes rotantes, computadoras en las diferentes áreas.	
4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.	Los procesos están debidamente identificados en el mapa de procesos, en los protocolos de atención, manual de procedimientos y manuales de bioseguridad en las diferentes áreas. Para asegurar que los procesos ejecutados se realicen de manera eficiente y con calidad cada encargado de área es responsable de los procesos bajo su responsabilidad. De manera rutinaria, el Hospital monitorea y evalúa sus procesos, por el departamento de monitoreo y evaluación y el departamento de calidad de los servicios, por ejemplo, el censo diario es un indicador de procesos que medimos diariamente para ver la disponibilidad del recurso cama hospitalaria, el día cama disponible y día cama ocupada, son también usados para medir procesos, el porcentaje ocupacional y los días de estancia son otros indicadores para monitorear y evaluar nuestros procesos. Mensualmente estos	

	indicadores se reportan para su monitoreo en el Formulario 67-A. Utilizamos otros indicadores como la presión de urgencias, rendimiento de consulta externa y rendimiento del quirófano para monitorear la eficiencia de nuestros procesos de atención. Evidencias: Manual de Procedimientos, Protocolos de Atención, manuales internos, 67A.	
5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).	Contamos con indicadores de resultados como son : el POA, Tablero de Mando, Sala Situacional Materno-Infantil, Sala Neonatal, Mediciones de los Atributos de Calidad, Plantilla de Indicadores de Calidad, Índice de Seguridad de Emergencias, Satisfacción al Usuario. Otros indicadores que se monitorean son los relacionados a la Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano y la Gestión Productiva de Servicios. Realizamos los acuerdos de desempeño anualmente y esos son avalados por el SNS y MAP. Evidencias: Sala situacional, Tablero de Mando, Plantilla de Indicadores de Calidad, índice de seguridad de emergencias, Carera de Servicios, Acuerdos de Desempeño.	
6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.	Nuestra Cartera de Servicios esta publicada en nuestra página Web, redes sociales y murales. Garantiza un control epidemiológico y asistencial eficaz integrando la información clínica con la Red de Salud. Epidemiología planifica y ejecuta el reporte sistemático a la DIGEPI (EPI-1) y la articulación con las UNAP mediante referencias y contrarreferencias, sustentado en un expediente clínico integral. Este desempeño se verifica con los indicadores de calidad del VMGC y se actúa optimizando las medidas sanitarias y la adherencia a protocolos, asegurando	No tenemos actualizados los manuales de bioseguridad

	una provisión de servicios segura, coordinada y de alto impacto en la salud pública. Todos los protocolos, manuales y guías son socializados en las diferentes áreas afines a su contenido. Tenemos nuestros manuales internos de Bioseguridad. Somos un hospital de referencia nacional ya que somos general. Evidencias: Cartera de servicios, Plan de Control Epidemiológico, protocolos y manuales, EPI 1. Plantilla de referencia y contrareferencia.	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Nuestra habilitación provisional es hasta el mes de julio 2025, ya depositamos toda la documentación reglamentaria en el SRSO, ya que este año el proceso fue mediante nuestra regional, para la renovación de la certificación de habilitación. Recibimos la comisión de habilitación donde inspecciono nuestras instalaciones y entrevistas al personal, estamos en espera del informe de retroalimentación o el certificado de habilitación. Evidencias: Certificación de habilitación provisional 2025, recibo de depósito de documentos en ventanilla única.	No tenemos habilitación vigente

Subcriterio 5.2 Entregar productos y servicios para clientes, ciudadanos, grupos de interés y la sociedad.

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

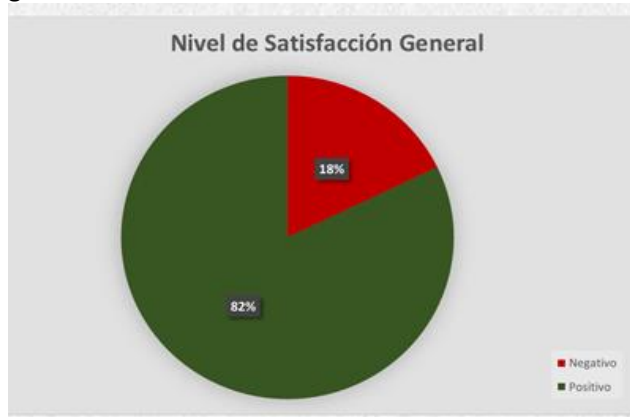
I. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.

La participación de los ciudadanos y nuestros empleados son parte importante a tomar en cuenta en los planes de mejoras para mejorar la calidad de nuestros servicios, teniendo participación importante la diversidad. Realizamos encuestas diarias de satisfacción usuario por el departamento de Atención al Usuario y Departamento de Calidad. Tanto el Ministerio de Salud como el Servicio Nacional de Salud, el MAP, UNICEF y otros grupos de interés, realizan encuestas y dan seguimiento al diseño de procesos y el desarrollo de estándares de calidad.

Realizamos el monitoreo de procesos para la evaluación de la iniciativa: hospital que atiende con calidad a la madre y al niño.

Realizamos encuestas de satisfacción de usuarios y familiares para conocer sus opiniones sobre los procesos del hospital y escuchamos sus sugerencias de mejora.

El hospital dispone de buzones de quejas y sugerencias donde se recogen las opiniones de los ciudadanos clientes, pero son insuficientes. Realizamos encuesta de clima laboral para identificar las áreas que debemos mejorar. La satisfacción general fue de 82%



	Mensualmente el hospital recoge las opiniones de los usuarios y grupos de interés y utiliza la información para la mejora de los productos y servicios. Después de estas reuniones, se definen las prioridades, se diseñan mejoras y se incluyen en nuestro plan de mejoras. Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario, actas de reuniones, fotos, acuerdos, procesos mejorados, Informes de retroalimentación del SNS, Informes de los buzones, QDRS	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	La política de gestión de compra se determina el ciclo de vida de los productos y se determina su disposición final luego de ser utilizado. Gestionamos su ciclo de vida desde el ingreso de un usuario al hospital hasta que sale del mismo, reutilizando las informaciones que ya contenemos del usuario y su expediente. Garantizamos la seguridad clínica y la eficiencia económica, donde planifica y ejecuta el control de suministros bajo el sistema SUGEMI y el método PEPS, minimizando pérdidas por vencimiento. Este desempeño se verifica con inventarios físicos mensuales y registros de control de existencias, permitiendo actuar con una disposición final segura y una programación de compras optimizada, asegurando que cada insumo cumpla su función con calidad y responsabilidad ambiental Evidencias: AIDSA, SUGEMI y Tarjetas de Control de Existencia, Excel Registro de medicamentos vencidos, formulario para la evaluación de buenas Prácticas de Almacenamiento en EES.	

3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.	La cartera de servicios actualizada es cargada mensualmente en la página web del centro. También se encuentra visible en áreas del hospital para ser difundida a los clientes. El fin de dar a conocer las informaciones sobre nuestros servicios ofrecidos promueven la accesibilidad total combinando la transformación digital con la atención humanizada. Se planifica y ejecuta un modelo de acceso multicanal que incluye asistencia por WhatsApp, un portal de transparencia actualizado y atención de emergencias 24/7. El horario de servicios, desde la apertura se encuentra disponible en los brochure, pagina web y en las áreas del hospital (consultas externas 8:00am-6:00pm, emergencias 24 horas y hospitalización 24 horas, Carta Compromiso al Ciudadano. Desde el portal transparencia el hospital mantiene actualizada las informaciones relevantes: Estadísticas, Compras, y Nominas. Mediante las redes sociales son publicadas la apertura de nuevos servicios y los horarios. Contamos con múltiples instrumentos para difundir las informaciones relevantes de nuestro centro. Tenemos número de WhatsApp para citas. Evidencias: Página WEB, redes sociales, Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano, murales informativos..	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	La Estructura Organizativa y el Mapa de Procesos están integrados a lo interno. Nuestros Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo coordinan con	

	diversas instituciones con los cuales hemos unido procesos con diferentes socios claves. -El SNS y el SRSO todo el desarrollo gerencial para la prestación de servicios, así como el monitoreo y Evaluación de programas, planes y proyectos. -Con el MAP y el INAP, lo relativo a la gestión humana, la capacitación y la calidad institucional. -Ministerio de Salud para la vigilancia epidemiológica, reporte de estadísticas vitales, indicadores de calidad del VMGC, evaluación de la gestión medioambiental. -Junta Central Electoral para la declaración de los neonatos -Compras y Contrataciones Públicas o relativo al proceso transparente de compras y contrataciones y el portal de compras. -Contraloría el proceso de la gestión financiera. -DIGEIG todo lo relativo a la ética e integridad de la gestión. - La Junta Central Electoral para la declaración de los Nacidos Vivos, - tenemos la colaboración de las universidades: UASD, UNPHU, INTEC, UNIBE, UTESA. -Tenemos procesos con universidades, proveedores de insumos, institutos, organizaciones comunitarias. 18 ARS, Promese, universidades, Operación Sonrisa, Cruz Roja, Homocentro, bomberos de los alcarrizos. Evidencias: Informes y reportes, Contratos ARS, Acuerdos y convenios con Instituciones Privadas y Públicas, rotación de estudiantes de medicina de las Universidades, Jornadas de cirugías.	
--	--	--

2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.	Entre los principales avances se destaca la digitalización de procesos que anteriormente se realizaban de forma manual, como los libros físicos de estadísticas, los registros y los procesos de facturación, los cuales ahora se gestionan mediante sistemas informáticos especializados. Participamos en un sistema compartido en la prestación de servicios e intercambio de datos con diferentes instituciones públicas a través de las siguientes plataformas: SIGEF: unido con el Sistema de Nomina; en el cual se trabaja la programación, el libramiento y el ordenamiento de los pagos. Este está conectado con la contraloría. DIGEPI: se registran los informes y reportes epidemiológicos. DIES (MISPA): se reportan todos los nacimientos y defunciones. Sistema de Reclamación Laboral. SUGEMI: sistema único de gestión de medicamentos e insumos. INFOLAB: gestión operativa de laboratorio. Share Point, plataforma donde se carga el POA. Evidencias: Fotos de las plataformas, compras y contrataciones, EPI 1 y 2, 67a., Share Point, SUGEMI, DIES, DIGEPI, SIGEF	
3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.	Coordinamos acciones con la gerencia de área del SRSO y con el SNS para solucionar problemas operativos integrando grupos de trabajo con los socios clave. Donde se planifica y ejecuta redes de coordinación con la Red Primaria (UNAP) y las ARS, utilizando herramientas digitales para agilizar la atención y la facturación. Este desempeño se verifica mediante el cumplimiento de metas de salud y sostenibilidad	

	financiera, permitiendo actuar con proyectos Solucionar problemas o tratar sobre referencias y contrareferencias de pacientes. Tenemos grupos de WhatsApp para resolver los problemas de dirección, planificación, calidad de servicios, referencias y contrareferencias, emergencias y desastres entre otros. Contamos con 18 ARS contratadas con las cuales nos mantenemos en un constante trabajo para solucionar problemas de sus afiliados en sus diferentes necesidades, mesas de trabajos, etc. Con los proveedores nos mantenemos en diferentes mesas de trabajo. Unidad de adolescente teniendo así mayor alcance en este servicio. Evidencias: Fotos, informes. Contratos con ARS,	
4.Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.	El Hospital desarrolla asociaciones estratégicas integrando esfuerzos con el gobierno, ONG y organismos internacionales para una prestación de servicios coordinada planifica y ejecuta alianzas con actores como UNFPA, Hemocentro, COIN y GIS, fortaleciendo áreas críticas como la salud materna, el control de VIH y la infraestructura técnica (SALMI). Este modelo de colaboración se verifica mediante matrices de atención integral y se actúa optimizando recursos y protocolos, asegurando que las sinergias institucionales traduzcan el apoyo externo en resultados tangibles de salud para la comunidad. Regulamos los servicios con diferentes instituciones públicas como MSP, SNS, SRSO, y sus dependencias, Gerencia de Área de salud, Patología Forense e instituciones de salud donde el INACIF coordina el proceso que con lleva al análisis de muertes maternas con la finalidad de reducir la tasa de mortalidad materna. Centro de orientación e investigación integral (COIN) para incluir en el programa a los usuarios clientes	

	VIH positivos. Gestión e Innovación en Salud (GIS) donde se les garantiza el tratamiento a las Usuarías VIH positivo diagnosticadas durante el embarazo en el centro. Todos los datos son compartidos con socios claves como el MSP, el SRSO y el SNS. También con otras instituciones públicas como Compras y Contrataciones, Portal Transaccional MAP, la Contraloría, la TSS, Senasa y otras. Evidencias: Matriz del COIN, Matriz de atención integral a embarazadas adultas y adolescentes, Contrato con Hemocentro, fotos Unidad de Adolescentes, Matriz Excel donaciones.	
--	---	--

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

I. Resultados de la percepción general de la organización, en cuanto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	La percepción los ciudadanos clientes puede valorarse a través de las encuestas realizadas de forma periódica a los usuarios en las distintas áreas durante el año 2025 fue de un 94.35 % describiendo el grado de satisfacción de los usuarios. De acuerdo a la encuesta realizada enero-diciembre del 2025, considera entre muy buena y buena la percepción en cuanto a la calidad de los servicios ofrecidos, en las últimas mediciones realizadas en las encuestas de satisfacción al usuario en el año 2025 los resultados por áreas fueron los siguientes. Satisfacción general 94,35%. Satisfacción por área de hospitalización 93,06%. Satisfacción por área de imágenes 96,04%. Satisfacción por área de Laboratorio 93,6%. Satisfacción por área de emergencias 93.08%. Satisfacción por área de consulta externa 93,93%. Encuesta por Carta Compromiso al Ciudadano Amabilidad 98,78% Profesionalidad 99,29% Facilidad y rapidez 94,73% Manejo de las informaciones 99,29% Acceso a los servicios 97,76% Tiempo para recibir resultados 96,50% Higiene y comodidad 69,58% A través de la carta compromiso al ciudadano el centro se ha comprometido a un cumplimiento del más del 85% en trato humanizado en los distintos servicios y entrega de los resultados en menos de 72 horas en pacientes ambulatorios en el laboratorio. Estos resultados son evaluados a través de auditorías del cumplimiento de estos compromisos realizadas por el MAP la cual tuvo una última evaluación de un 99%. También estos datos son	

	reportados en transparencia del portal web del centro. Con relación a los desechos sólidos tenemos contratada una compañía privada que se encarga de la recolección de los desechos sólidos infecciosos y los comunes son recogidos por el ayuntamiento de la demarcación. A lo interno de la Institución se ha establecido una ruta interna, facilitando el traslado de los desechos hacia el área destinada para el depósito de los mismos. Evidencias: Informe de la Encuesta de satisfacción al usuario 2025, Contrato de compañía de recolección de los desechos sólidos infecciosos, Carta Compromiso Al Ciudadano segunda versión.	
2.Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	La amabilidad aumentó de 89.3% en 2023 a 91.5% en 2024 y 98,78% en 2025, mostrando consolidación en el desempeño del personal. Se evidencia la implementación de acciones de mejora y evaluación continua orientadas al fortalecimiento institucional. Manejo de las informaciones: evolucionó de 89.3% en 2023 a 91,3% en 2024 y 99.29% en 2025, demostrando mayor efectividad en la orientación brindada, o que se traduce en atención oportuna para facilitar soluciones personalizadas Evidencias: Encuesta satisfacción Enero-Diciembre 2023, 2024, 2025. Mediciones de atributos de Carta Compromiso al Ciudadano	
3.Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.	Profesionalidad: aumentó de 89.3% en 2023 a 92.2% en 2024 y 99.29% en 2025, mostrando consolidación en el desempeño del personal. Se evidencia la implementación de acciones de mejora y evaluación continúa orientadas al fortalecimiento institucional.	.

	Manejo de las informaciones: evolucionó de 95.53% en 2023 a 99.69% en 2024 y 99.86% en 2025, demostrando mayor efectividad en la orientación brindada. Nuestro centro de salud cuenta con la Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI) quien se encarga de garantizar el acceso de los usuarios a la información sobre la gestión de la Dirección como una forma de validar la transparencia de la institución. En los informes de las encuestas de satisfacción al usuario son externadas a nuestros gerentes las recomendaciones con el fin de mejorar la calidad de los servicios además contamos con la Oficina de Libre acceso a la información, donde los ciudadanos clientes cuentan con el acceso ya sea personal o virtual por medio de nuestras plataformas digitales para expresar sus inquietudes o necesidades. En este periodo tuvieron participación los usuarios con las quejas y sugerencias de los buzones y del 311, estas se usaron para mejoría de la calidad de los servicios. Además, en varios de nuestros medios de participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización son: Nuestros buzones de quejas y sugerencias, donde las quejas disminuyeron en 75 % en comparación con el año 2024. Oficina de atención al usuario, no recibimos en el 2025 de forma presencial. Encuestas de satisfacción. Redes sociales (Facebook e Instagram) con un porcentaje de satisfacción de un 85% y un 80% más de interacción que el año 2024. Evidencias: Fotografías de los buzones, QDRS, redes sociales. Resultados de Encuestas de satisfacción 2023, 2024, 2025, OAI	
--	---	--

4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	Profesionalidad: aumentó de 89.3% en 2023 a 92.2% en 2024 y 99.29% en 2025. Manejo de las informaciones: evolucionó de 95.53% en 2023 a 99.69% en 2024 y 99.86% en 2025. La valoración del portal de transparencia al mes de diciembre 2025 es de 97.45. Amabilidad 98,78% Profesionalidad 99,29% Facilidad y rapidez 94,73% Manejo de las informaciones 99,29% Acceso a los servicios 97,76% Tiempo para recibir resultados 96,50% Higiene y comodidad 69,58% Nuestro centro de salud cuenta con la Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI) quien se encarga de garantizar el acceso de los usuarios a la información sobre la gestión de la Dirección como una forma de validar la transparencia de la institución. Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario enero-diciembre 2023, 2024, 2025, OAI	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	Mantenemos una percepción favorable de 97.45% sobre la transparencia, credibilidad y compromiso institucional en la prestación de los servicios de salud. Este porcentaje refleja que la institución mantiene niveles adecuados de confianza y satisfacción por parte de los usuarios. A nivel de transparencia en los años 2023, 2024 y 2025, hemos tenido una valoración por encima de 97%. La satisfacción general de los clientes ciudadano 2025 es de 94.35 %.	

	La satisfacción general de los siete atributos, pertenecientes a las cinco dimensiones evaluadas, fue de 93.70 % Encuesta de satisfacción al usuario 2025. Amabilidad 98,78% Profesionalidad 99,29% Facilidad y rapidez 94,73% Manejo de las informaciones 99,29% Acceso a los servicios 97,76% Tiempo para recibir resultados 96,50% Higiene y comodidad 69,58% Evidencias: Encuesta Carta Compromiso al Ciudadano, encuesta de satisfacción usuarios 2025, portal de transparencia.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	El acceso a los servicios: incrementó de 83.25% en 2023 a 93.26% en 2024 y 97.76% en 2025, mostrando mejoras en la accesibilidad institucional. Los avances responden a acciones de evaluación y fortalecimiento continuo de los mecanismos de acceso. Tiempo para recibir los servicios: aumentó de 80.0% en 2023 a 91.1% en 2024 y 96.50% en 2025, evidenciando mayor rapidez en la atención. Los resultados reflejan la aplicación de medidas correctivas y de mejora continua para optimizar los tiempos de respuesta. Contamos con un servicio las 24 horas y a nivel de consulta hemos ampliado nuestra cartera de servicios y horario. Con esta información monitoreamos y evaluamos las necesidades cambiantes de los grupos de interés y los cambios en sus expectativas, necesidades y satisfacción. También utilizamos la información de los buzones para esos fines. Emergencias: 24 horas, 7 días a la semana. Hospitalización :24 horas, 7 días a la semana Consultas: 8:00 am. – 6:00 pm.	

	Imágenes: 24 horas , 7 días a la semana Laboratorio clínico: 24 horas, 7 días a la semana. Banco de Sangre: 24 horas, 7 días a la semana. Bacteriología: 24 horas, 7 días a la semana. Patología: Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm Cirugía: 24 horas, 7 días a la semana. Farmacia Hospitalaria: 24 horas, 7 días a la semana. Hemodiálisis: Lunes, Miércoles y Viernes de 6:00 am – 6:00 pm Stand de SENASA: Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:00 pm Áreas Administrativas: Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm Control de citas: lunes a viernes 7:00 am a 6:00 pm Planificación familiar: lunes a viernes, 8:00 am a 5:00 pm. Contamos con diferentes áreas para brindar las informaciones, atención al usuario, comunicaciones, redes sociales, portal transparencia, murales y audiovisuales. Nuestra Carta Compromiso, donde explicamos a nuestros usuarios nuestras responsabilidades de gestión para que ellos reciban servicios de calidad con calidez. Los servicios tienen un costo de RD\$ 100.00 y la diferencia generada se les facturas a las aseguradoras sin diferencia de copago. Nuestra cartera de servicios es difundida por diferentes medios e informaciones sobre temas diversos de interés para nuestros usuarios. Contamos con las redes sociales y los diferentes grupos sociales. Estos medios de comunicación nos vinculan con nuestros usuarios con el fin de facilitar el acceso a los servicios y que estos sean brindados con calidad y oportunidad. Contamos con la oficina de Libre Acceso a la información 24/7. Evidencias: redes sociales, fotos OAI, confirmamos la presencia de esta oficina en la institución. Carpeta Carta Compromiso, fotos de participación en las charlas, foto de pantalla, Form. 72-A. Reporte de pacientes atendidos sin ningún costo y lista de pacientes atendidos de las ARS sin cobro de copago. Nuestra accesibilidad a los servicios físicos esta beneficiada por servicios de transporte público como son: Ruta 69, Ruta 23, Ruta 90, OMSA, Ruta KM 20, Carritos Alcarizos adentro, Motoconchos, Taxi Calventi. Contamos con rampas, sillas de ruedas, pasamanos, ascensores, baños adaptados. Evidencias:	
--	--	--

	Fotos de rampas, sillas de ruedas, pasamanos, fotos de rutas, Cartera de servicios, Carta Compromiso al Ciudadano.	
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	Por medio de las encuestas del SNS, medimos los estándares de calidad, agilidad y el tiempo de espera de citas como de resultados obteniendo esta valoración por nuestros clientes. Medición de los atributos de calidad 2025 la satisfacción general de los siete atributos, pertenecientes a las cinco dimensiones evaluadas, fue de 93.70 %. Facilidad y rapidez 94.73%. Profesionalidad 99.29%. Manejo de las informaciones 99.29%. Tiempo para recibir resultados 96,50%, Contamos con un plan de mantenimiento de infraestructura y equipos con 90% de cumplimiento Contamos con el levantamiento de buenas prácticas de almacén de farmacia, el cual se realiza trimestral revisando la calidad, temperatura y almacenamiento de los medicamentos con 84% de cumplimiento. Evidencias: Encuestas de satisfacción al usuario, Carta Compromiso al Ciudadano, Reporte de buenas prácticas de almacén de farmacia informes y planes, plan de infraestructura y equipos.	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	Planificamos en la unidad de adolescente 374 usuarias en el 2024 y 670 usuarias en el 2025, obteniendo un creciente aumento. Contamos con la unidad de las consultas de Adolescentes donde son tratados los temas de planificación, orientaciones generales, planificación o seguimiento al embarazo y post alumbramiento inmediato. En conjunto con la Fiscalía de los alcarrizos contamos con La unidad de atención integral a la violencia de género, intrafamiliar y delitos sexuales, con el fin de trabajar el tema de violencia de Género y violación, cumpliendo con los protocolos para casos especiales. Las personas con discapacidad tienen prioridad al momento de utilizar nuestros servicios además que nuestras instalaciones poseen rampas de accesos para personas discapacitadas en las áreas requeridas.	

AREA	META LOGRADA EN 2024	META LOGRADA EN 2025
Consulta	141,533	134,305
Emergencia	68,351	65,929
Hospitalización	8,619	8,137
Cirugia	7,1	10,199
Laboratorio	304,447	341,554
Imágenes	61,938	57,148

En el área de maternidad realizamos entre partos y cesáreas 1489, con 1507 nacimientos.

Contamos con las residencias de Medicina Familiar y Geriátrica, por lo que la población de envejecientes es importante para nosotros.

Tenemos el programa de visitas comunitarias a los envejecientes y discapacitados, donde se les realiza consultas y se les facilitan los medicamentos de uso continuo prescritos por nuestros médicos.

También acudimos a la comunidad cuando nuestros comunitarios o enlaces comunitarios o los grupos focales nos informan sobre algún comunitario que no puede acudir al centro, brotes, etc.

Contamos con una unidad de adolescentes, dirigido a hembras y varones.

Nuestro hospital se encuentra en remozamiento por el MIVED aun con esta intervención hemos seguido prestando nuestros servicios.

Evidencias:

Fotos del área de maternidad, unidad de adolescente, 67A, Estadistas del RIES

4.Capacidades de la organización para la innovación.

Entre los principales avances se destaca la digitalización de procesos que anteriormente se realizaban de forma manual, como los libros físicos de estadísticas, los registros y los procesos de facturación, los cuales ahora se gestionan mediante sistemas informáticos especializados.

Durante el período evaluado se han implementado importantes innovaciones tecnológicas, entre ellas la incorporación de un nuevo sistema estadístico, la modernización del datacenter institucional, la adopción de soluciones de almacenamiento en la nube (Cloud) y la expansión de la infraestructura de fibra óptica en el hospital. Estas iniciativas han contribuido a mejorar la eficiencia operativa y la confiabilidad de la información institucional. En cuanto a la

	capacidad de innovación, se puede ver los métodos nuevos implementados para atender a los ciudadanos/clientes, dentro de estos están: Nuevas áreas de facturación. Departamento de protocolo. Asistencia por Gestores. División de Atención al Usuario. Emergencia con nueva tecnología. Hemodiálisis. Unidad de Adolescentes Tomógrafo Cirugía plástica y Bariátrica Unidad de Cosmeatria Unidad de Gastroenterología Oficina de IDOPPRIL Capilla Evidencias: Fotos de las diferentes áreas, TICS.	
5.Digitalización en la organización.	Las mejoras tecnológicas implementadas desde el año 2024 hasta la fecha han impactado positivamente áreas clave como la conectividad, los equipos tecnológicos, el datacenter, los sistemas informáticos, la video vigilancia y los controles de acceso, alcanzando un nivel de mejora estimado en más de un 85 %, los servicios de conectividad a internet y almacenamiento en la nube (Cloud) son gestionados a través de la empresa Claro Dominicana, la cual provee soluciones tecnológicas alineadas a las necesidades del hospital. Actualmente cuenta con una red de comunicaciones más robusta, con implementación de fibra óptica en diferentes áreas del hospital, un datacenter reestructurado y modernizado, equipos tecnológicos actualizados y un sistema de seguridad tecnológica fortalecido. El hospital cuenta con mecanismos de protección de la información mediante respaldos locales y copias de seguridad en la nube, lo que garantiza la recuperación de la data ante posibles incidentes o contingencias. Diversos sistemas tecnológicos apoyan la gestión de la información, entre ellos los sistemas de facturación, estadísticas hospitalarias y otros utilizados por áreas administrativas, permitiendo un acceso más ágil y controlado a los datos. El departamento de tecnología ha innovado con diferentes programas, en la actualidad contamos con el Sigma. - SGC (Sistema de Gestión Clínica y Administrativo). Áreas Implementadas:	

	- Oficina de Atención al usuario - Atención al usuario (1er y 2do nivel). - Emergencias - Hospitalización - Tesorería (Caja) - Trabajo Social - Archivo -Atención al Usuario (uso de tablets para realizar encuestas de satisfacción al usuario, Registro de QDRS, Referencia y Contrareferencia, Citas médicas) - Ginecología y Obstetricia (Sala Situacional, plantilla de calidad, snsrd.shareponit.com). -Epidemiología (Informe mensual de producción de servicios Hospitalarios 67 y 72A, EPI 1 y EPI2). -Cirugía Programación de Cirugías Electivas. - Monitoreo y Evaluación snsrd.shareponit.com. https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/Intranet https://intranet.sns.gob.do/intranet/AccesoApp?TApp=gklRW9qVrc7oYs7Ocb6cng Evidencias: Fotos de las oficinas con sus equipos tecnológicos en uso, (Sala Situacional, plantilla de calidad, snsrd.shareponit.com, Formularios de Informe mensual de producción de servicios Hospitalarios 67 y 72A, EPI 1 y EP2	
--	--	--

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
	Documento Externo SGC-MAP	GUÌA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 112 de 195

I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	De acuerdo a la encuesta de satisfacción el 94,35% de los usuarios considera que nuestro tiempo de respuesta es de 96,50% en el 2025, en comparación con el 2024 que fue 91.1%, evidenciando una respuesta significativa favorable. Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 10 días si son físicas y 15 días si es por Buzón. Los resultados de las pruebas de laboratorio están disponibles en 3 días laborables. Las cirugías programadas se realizan en las fechas correspondientes, para control de esto contamos con el control de citas de cirugías, el cual es monitoreado por la división de calidad y el SRSO. Las citas por consulta dependen de la especialidad y la cantidad de los mismos, puesto que hay pacientes que deben esperar hasta dos meses para una cita médica y hay otros que se les atiende inmediatamente (de un día para otro y hasta máximo un mes). Los resultados de imágenes estuvieron en disponibilidad en 3 días laborales para 100% de cumplimiento. Las redes sociales todas en funcionamiento. Facilidad y rapidez del servicio brindado 95% Manejo de las informaciones 99% Acceso a los servicios 98% Tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados 96% Evidencias: Encuestas de satisfacción al usuario 2023,2024 2025, Seguimiento a la Carta Compromiso al Ciudadano. Matriz de programación de cirugías.	
2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios	Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que son de 15 días por las siguientes vías: -Buzón de quejas y sugerencias: estos buzones están instalados en un lugar visible en las instalaciones del hospital (15 días laborables para responderlas).	

3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.	-Sistema 3-1-1: a través de la línea 311 y portal web www.311.gob.do (15 días laborables). -Atención al usuario: personal encargado de recibir los casos y asignarlos a los departamentos correspondientes (15 días laborables). -Redes Sociales: @hcalventird (15 días laborables). Contamos con 20 ARS, y no cobramos copagos a nuestros usuarios. Contamos con una cartera de servicios amplia ya que somos un hospital general. Cumplimos con nuestra cartera de servicios, ya que contamos con un personal responsable con los días estandarizados para siempre dar una cobertura total. Horario de atención de las diferentes áreas: -Emergencias: 24 horas, 7 días a la semana. -Hospitalización: 24 horas, 7 días a la semana . -Consultas: 8:00 am a 5:00 pm. -Imágenes: 24 horas, 7 días a la semana. -Laboratorio clínico: 24 horas, 7 días a la semana. -Bacteriología: 24 horas, 7 días a la semana. -Citología: lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm -Cirugía: 24 horas, 7 días a la semana. -Hemodiálisis: 24 horas, 7 días a la semana. -Unidad de intervención en crisis 24 horas, 7 días a la semana. -Unidad de Cuidados intensivos adultos, 24 horas, 7 días a la semana. -Unidad de Cuidados intensivos neonatal, 24 horas, 7 días a la semana. - Stand de SENASA: lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm. -Áreas Administrativas: lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm Control de citas: lunes a viernes 8:00 am a 4:00 pm Nuestra Carta Compromiso al Ciudadana fue aprobada su primera versión en mayo 2022, pero ya contamos con nuestra segunda versión 2024-2026 con 97% de cumplimiento. Evidencias:	
--	--	--

	Reportes de QDRS, 311 fotos. Cartera de Servicios y sus horarios CCC 2024-2026.									
4.Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	Hemos implementado la plantilla QDRS y la apertura de los buzones con respuesta de subsanación a las quejas en un plazo de 15 días laborables, donde hemos subsanado todas las quejas y tomado en consideración las sugerencias. La medida de subsanación que más tiempo duro fue 4 días, el 100% se resolvió el mismo día. Nuestra última evaluación de la Carta Compromiso al Ciudadano en el 2025 reporto 99% Evidencias: Plantilla QDRS, cartas de subsanación, evaluación Carta Compromiso al Ciudadano									
5.Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.	Por medio del Intranet, el Formulario 67A mensualmente reportamos los indicadores del 2025 sobre el día paciente, número de camas ocupadas, etc, y a la vez son publicadas mensualmente en la página del repositorio del SNS. Día cama 59.6 Día paciente 33.6 Índice de ocupación de cama 56.4 A continuación, presentamos los indicadores de eficiencia sanitaria. Tomando en cuenta la cantidad de atenciones brindadas, las cuales fueron 618,761 atenciones en 2025, con relación al año 2024 que fueron. 584,878 y el año 2022 y 2023. Mortalidad Hospitalaria: 8.73% Métodos de planificación:4,204 usuarias <table><tr><th>AÑO</th><th>PRODUCTIVIDAD CONSULTA</th><th>PRODUCTIVIDAD EMERGENCIAS</th><th>PRODUCTIVIDAD LABORATORIO</th></tr><tr><td>2022</td><td>126,475 atenciones</td><td>53,787 atenciones</td><td>300,833 atenciones</td></tr></table>	AÑO	PRODUCTIVIDAD CONSULTA	PRODUCTIVIDAD EMERGENCIAS	PRODUCTIVIDAD LABORATORIO	2022	126,475 atenciones	53,787 atenciones	300,833 atenciones	.
AÑO	PRODUCTIVIDAD CONSULTA	PRODUCTIVIDAD EMERGENCIAS	PRODUCTIVIDAD LABORATORIO							
2022	126,475 atenciones	53,787 atenciones	300,833 atenciones							

	<table><tr><td>2023</td><td>133,556 atenciones</td><td>75,376 atenciones</td><td>310.112 atenciones</td></tr><tr><td>2024</td><td>141,533 atenciones</td><td>68,351 atenciones</td><td>304,447 atenciones</td></tr></table>	2023	133,556 atenciones	75,376 atenciones	310.112 atenciones	2024	141,533 atenciones	68,351 atenciones	304,447 atenciones														
2023	133,556 atenciones	75,376 atenciones	310.112 atenciones																				
2024	141,533 atenciones	68,351 atenciones	304,447 atenciones																				
	<table><tr><td>AREA</td><td>META LOGRADA EN 2024</td><td>META LOGRADA EN 2025</td></tr><tr><td>Consulta</td><td>141,533</td><td>134,305</td></tr><tr><td>Emergencia</td><td>68,351</td><td>65,929</td></tr><tr><td>Hospitalizac ion</td><td>8,619</td><td>8,137</td></tr><tr><td>Cirugia</td><td>7,1</td><td>10,199</td></tr><tr><td>Laboratorio</td><td>304,447</td><td>341,554</td></tr><tr><td>Imágenes</td><td>61,938</td><td>57,148</td></tr></table> Evidencias: 67A INTRANET, repositorio SNS RIESS, Datos EPI I y EPI II	AREA	META LOGRADA EN 2024	META LOGRADA EN 2025	Consulta	141,533	134,305	Emergencia	68,351	65,929	Hospitalizac ion	8,619	8,137	Cirugia	7,1	10,199	Laboratorio	304,447	341,554	Imágenes	61,938	57,148	
AREA	META LOGRADA EN 2024	META LOGRADA EN 2025																					
Consulta	141,533	134,305																					
Emergencia	68,351	65,929																					
Hospitalizac ion	8,619	8,137																					
Cirugia	7,1	10,199																					
Laboratorio	304,447	341,554																					
Imágenes	61,938	57,148																					
6.Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Tenemos nuestra cartera de servicios ajustada al manual de cartera de servicios del SNS para centro de alta complejidad o de tercer nivel. Tenemos alrededor de 48 consultas entre general y especializadas.																						


 GOBIERNO DE LA
 REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
(DHSES)

Cartera de Servicios Aprobada

La Ley General de Salud No. 42-01, en su Art. No. 190, designa a la Dirección de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud, como la instancia encargada de promover y velar la garantía de la calidad de los servicios brindados en todos los establecimientos de salud ubicados en la República Dominicana, a través del cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos, en cuanto a instalación, uso físico, equipos, personal, organización y funcionamiento, garantizando al usuario un nivel de atención adecuado, incluso en caso de desastres, según las normativas vigentes en el país. En tal sentido, se emite el presente Documento a favor de:

HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI
Código No.: A01113
Dirección: CAJETERA HATO NUEVO NO.43, LA UNION
Municipio: LOS ALCAZARZOS
Provincia: SANTO DOMINGO
Nivel de Atención: TERCER NIVEL
Validez de la Licencia: 26 FEB 2027

Este documento certifica a este establecimiento como apto para brindar, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, los siguientes servicios de salud, en común validez con la vigencia Licencia de Habilitación:

1. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	21. SERVICIO DE ODONTOLÓGICA GENERAL Y ESPECIALIZADA (ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, PERIODONCIA, ORTODONCIA, REHABILITACIÓN FUECA)
2. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	22. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR (ECOCARDIOGRAMA, ELECTROCARDIOGRAMA, DOPPLER, PRUEBA DE ESFUERZO, MAPA)
3. SERVICIO DE UNIDAD DE EMERGENCIA	23. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA (GASTRICA, HERNIA PABLO, OPHTHALMOLOGÍA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA, TORÁCICA, VASCULAR Y ANGIOLOGÍA, NEUROLOGÍA, UROLOGÍA, ONCOLOGÍA, DERMATOLOGÍA)
4. SERVICIO DE UNIDAD DE CIUDADANOS INTENSIVOS ADULTOS	24. CONSULTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
5. SERVICIO DE UNIDAD DE CIUDADANOS INTENSIVOS PEDIÁTRICO	25. CONSULTA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA (MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGÍA, PEDIATRÍA, CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA, DERMATOLOGÍA, PEDIATRÍA, UROLOGÍA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, NUTRICIÓN CLÍNICA, ENFERMERÍA, HEMATOLOGÍA, HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA, NEFROLOGÍA, INFECTOLOGÍA, PEDIATRÍA, NEFROLOGÍA, NEUROLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, NEFROLOGÍA, ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA, GASTROENTEROLOGÍA, PEDIATRÍA, OPHTHALMOLOGÍA, GERIATRÍA, CIRUGÍA GENERAL, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, ANESTESIOLOGÍA, NEFROLOGÍA)
6. SERVICIO DE UNIDAD DE CIUDADANOS INTENSIVOS NEONATAL	
7. SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO NIVEL III	
8. SERVICIO DE LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y BACTERIOLOGÍA	
9. SERVICIO DE LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	
10. SERVICIO DE BANCO DE SANGRE DE MEDIANA COMPLEJIDAD	
11. SERVICIO DE HEMODIÁLISIS	
12. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA	
13. SERVICIO DE CIRUGÍA ORBITAL Y PARIETAL	
14. SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	
15. SERVICIO DE ADAPTACIÓN NEONATAL	
16. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA	
17. SERVICIO DE VACUNACIÓN	
18. SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	
19. SERVICIO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	
20. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRAFÍA, RADIOLOGÍA GENERAL, RAYOS X PERIAPICAL, DENSITOMETRÍA, MAMMOGRAMA, RESONANCIA MAGNÉTICA, TOMOGRAFÍA	

Una Certificación debe colocarse visible al público, como soporte de la Licencia de Habilitación que acompaña.

Contamos con los siguientes servicios:

Cardiología
 Cardiología Pediátrica
 Medicina Familiar
 Dermatología
 Diabetes
 Médicos Familiares
 Endocrinología
 Endocrinología Pediátrica
 Fisiología y Rehabilitación
 Gastroenterología
 Gastroenterología Pediátrica
 Genética Clínica
 Geriátrica
 Ginecología y Obstetricia
 Ginecología - Oncológica
 Hematología
 Hematología Pediátrica

	Infectología Infectología Pediátrica Medicina Interna Nefrología Neumología Neurología Nutrición Oftalmología Ortopedia y Traumatología Artroscopia Otorrinolaringología Pediatría Perinatología y Neonatología Psicología Psiquiatría Urología Vascular Especialidades Quirúrgicas Anestesiología Cirugía General Cirugía Torácica Cirugía Reconstructiva Coloproctología Cirugía Pediátrica Cirugía Ginecológica y Obstétrica Cirugía Maxilo-facial Neurocirugía Servicios de Urgencias y Emergencias Atención de Emergencias Servicio de Ambulancia Traslado de Paciente Servicio de Hospitalización El personal de Medicina Interna, Ginecología y Pediatría es Rotativo en consulta, Hospitalización UCI de Adulto UCI Neonatal Unidades de Intervención en Crisis Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	
--	--	--

	Bacteriología/ Microbiología Hematología Hormonas/ Inmunología Clínica/ y Virología Parasitología/ Uroanálisis Química Sanguínea Serología Servicio de Sangre y Hemoderivado Toma de Muestra Servicios Odontológicos Cirugía Maxilofacial Cirugía Oral Endodoncia Odontología General Odontopediatría Ortodoncia Periodoncia Servicios de Imágenes Colonoscopia/ Endoscopia Ecocardiograma Electroencefalograma Laparoscopia Mamografía Radiología Sonografía Programas Ampliado de Inmunizaciones (PAI-Vacunas) Programa de Atención Integral al Adolescente. Salud Sexual y Reproductiva (Planificación, CACU (Cáncer de Cuello Uterino)e Información de Métodos Anticonceptivos Hormonales) Servicio de Atención Integral (SAI) Terapia Familiar Tuberculosis Actividades de Promoción de la Salud Promoción a la Lactancia Materna. Servicios Centrales Anatomía Patológica Hemodiálisis	
--	--	--

	Patología Forense Evidencias: Cartera de servicios ajustada a nuestro nivel de complejidad, pagina web.	
7.Índice de Satisfacción de Usuarios.	Las encuestas de satisfacción de los servicios, arrojo lo siguientes datos en el año 2025, Satisfacción general 94,35%, con 3% mayor que en el 2024 que fue de 91,45% Satisfacción por área de hospitalización 93.06 %. Satisfacción por área de imágenes 94.04 %. Satisfacción por área de Laboratorio 95.48 %. Satisfacción por área de emergencias 93.08%. Satisfacción por área de consulta externa 93.93%. Encuesta por Carta Compromiso al Ciudadano índice general 97%. Consulta externa 90.31% Emergencia 94.26% Hospitalización 92,75% Imágenes 95.93% Laboratorio 92.55% Evidencias: Encuesta satisfacción al usuario2024, 2025 y encuesta por atributos de calidad de los servicios de la Carta Compromiso al Ciudadano.	

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

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

I.Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Formas de comunicación y Participación ciudadana. Portal Institucional:www.hospitalcalventi.gob.do Portal de transparencia:https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/ Correo electrónico:info@hospitalcalventi.gob.do Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm Centro de Recepción: (809) 616-3965 Oficina de Acceso a la Información Pública: (809) 616-3965 ext.: 2272 Correo electrónico: transparencia@hospitalcalventi.gob.do Redes Sociales: @hcalventird Instagram Facebook Twitter Contamos también con diferentes chats de comunicación interna y de comunicación externa con SRSO. Además contamos con murales , pantallas y comunicaciones METRICAS REDES SOCIALES 2024 <table><tr><th>Mes</th><th>Seguidores</th><th>Publicaciones</th><th>interacciones</th><th>Impresiones</th></tr><tr><td>Enero 2024</td><td>7</td><td>10</td><td>17</td><td>270</td></tr><tr><td>Febrero 2024</td><td>1361</td><td>13</td><td>1113.</td><td>4384</td></tr><tr><td>Marzo 2024</td><td>8885</td><td>30</td><td>14062</td><td>32423</td></tr><tr><td>Abril 2024</td><td>306</td><td>37</td><td>56</td><td>252</td></tr><tr><td>Mayo 2024</td><td>306</td><td>30</td><td>39</td><td>204</td></tr><tr><td>Junio 2024</td><td>9507</td><td>43</td><td>2864</td><td>44620</td></tr><tr><td>Julio 2024</td><td>9665.00</td><td>48</td><td>3186</td><td>17870</td></tr><tr><td>Agosto 2024</td><td>304,00</td><td>8</td><td>13</td><td>47</td></tr><tr><td>Septiembre 2024</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td></tr><tr><td>Octubre 2024</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td></tr><tr><td>Noviembre 2024</td><td>10877</td><td>8</td><td>783</td><td>11513</td></tr><tr><td>Diciembre 2024</td><td>310</td><td>12</td><td>22</td><td>70</td></tr></table> Durante el año 2025, la cuenta oficial de Instagram del Hospital Dr. Vinicio Calventi ha mantenido una presencia activa y constante en redes sociales, como parte del compromiso institucional de mantener informada a la	Mes	Seguidores	Publicaciones	interacciones	Impresiones	Enero 2024	7	10	17	270	Febrero 2024	1361	13	1113.	4384	Marzo 2024	8885	30	14062	32423	Abril 2024	306	37	56	252	Mayo 2024	306	30	39	204	Junio 2024	9507	43	2864	44620	Julio 2024	9665.00	48	3186	17870	Agosto 2024	304,00	8	13	47	Septiembre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal	Octubre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal	Noviembre 2024	10877	8	783	11513	Diciembre 2024	310	12	22	70	No tenemos actualizada la Publicación de las métricas en redes sociales trimestral de nuestra página.
Mes	Seguidores	Publicaciones	interacciones	Impresiones																																																															
Enero 2024	7	10	17	270																																																															
Febrero 2024	1361	13	1113.	4384																																																															
Marzo 2024	8885	30	14062	32423																																																															
Abril 2024	306	37	56	252																																																															
Mayo 2024	306	30	39	204																																																															
Junio 2024	9507	43	2864	44620																																																															
Julio 2024	9665.00	48	3186	17870																																																															
Agosto 2024	304,00	8	13	47																																																															
Septiembre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal																																																															
Octubre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal																																																															
Noviembre 2024	10877	8	783	11513																																																															
Diciembre 2024	310	12	22	70																																																															

	ciudadanía y visibilizar las acciones en beneficio de la salud pública. Resumen de métricas más relevantes: Publicaciones realizadas: 455 en total. Interacciones acumuladas: 15,172 interacciones (Me gusta, comentarios, compartidos). Impresiones generadas: 940,612 impresiones en total. Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 11,421 a 14,172 seguidores (+3,751 nuevos). Estas cifras evidencian el crecimiento sostenido de la comunidad digital del hospital y reflejan el interés del público en conocer las actividades institucionales, jornadas médicas, logros, servicios y campañas educativas promovidas durante este período. Informe de Redes Sociales – Facebook Período: enero - octubre 2025 Perfil oficial: @HcalventiRD Durante el año 2025, la cuenta oficial de Facebook del Hospital Dr. Vinicio Calventi ha mantenido una presencia activa y constante en redes sociales, como parte del compromiso institucional de mantener informada a la ciudadanía y visibilizar las acciones en beneficio de la salud pública. Resumen de métricas más relevantes: Publicaciones realizadas: 453 en total. Interacciones acumuladas: 21,770 interacciones (reacciones, comentarios, compartidos). Impresiones generadas: 671,902 impresiones en total. Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 1,486 a 1,693 seguidores (+207 nuevos). Informe de Redes Sociales – Twitter Período: enero - octubre 2025 Perfil oficial: @HcalventiRD Durante el año 2025, la cuenta oficial de Twitter del Hospital Dr. Vinicio Calventi ha mantenido una presencia activa y constante en redes sociales, como parte del compromiso institucional de mantener informada a la	
--	--	--

	ciudadanía y visibilizar las acciones en beneficio de la salud pública. Resumen de métricas más relevantes: Publicaciones realizadas: 292 en total. Interacciones acumuladas: 566 interacciones (me gusta, respuestas, retweets). Impresiones generadas: 3,567 impresiones en total. Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 307 a 321 seguidores (+14 nuevos) Evidencias: Portal web (https://hospitalengombe.gob.do) OAI@hospitalcalventi.gob.do calidad@hospitalcalventi.gob.do direccion@hospitalcalventi.gob.do Plataformas digitales (WhatsApp, Instagram, Twitter, perfil oficial: @HcalventiRD	
2.Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	El departamento de comunicaciones realiza publicaciones a través del Portal Web de la institución, sobre noticias de interés. Reportamos mensual y trimestralmente al MSP, al SNS y al SRSO todos los reportes e informes solicitados, tanto de la producción como: snsrd.sharepoint.com para el cumplimiento del POA. Sala situacional Maerno Neonatal. Portal de transparencia. Portal de compras. Oficina de Información de Libre Acceso OAI, entre otros. Principales reportes: 67-A 72-A EPI 1 EPI. Plantilla de Calidad Reporte de nacidos vivos Carga de producción en el Sistema del SNS. Reporte cumplimiento del POA Reporte de atención al usuario Reporte de transparencia Reportes financieros Reportes del Sistema de Emergencia Reportes al MAP, SNS, SRSO	

	Valoraciones de la DIGEI mensual. Evaluación portal Transparencia Meses Calificación nov-24 99.04 dic-24 99.04 Ene-25 99.04 Feb-25 99.04 Mar-25 93.64 Abr-25 97.77 May-25 98.82 Jun-25 98.16 Jul-25 98.16 Ago-25 98.16 Sep-25 98.16 Oct-25 98.16 Nov-25 98.82 Dic 25 97.41 Evidencias: RIESS, INTRANET, SISMAP SALUD CIUDADANA, link de calidad, Comunicaciones, e informaciones escritas, EMAIL, o chats, redes sociales, OPTIC	
3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.	Nosotros reportamos las informaciones al Ministerio de Salud Pública y al SRSO. Los objetivos de rendimiento organizaciones están plasmado en nuestro Plan Operativo Anual, portal web en transparencia, Ranking Hospitalario como el SISMAP SALUD y socializado con los colaboradores con la finalidad de centrar esfuerzos donde sea necesario, dirigir los gastos a las áreas más necesarias. Fuimos valorados en el SISMAP Salud Ciudadana en 73.78% POA 2025 porcentaje de cumplimiento, 90%. Rendimiento del POA trimestral Evidencia: 67ª, Cumplimiento Porcentaje POA, ranking de Hospitales SISMAP SALUD.	

3. Resultados relacionados con la participación e innovación de los interesados.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).	Los grupos de interés son implicados mediante la aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios internos y externos, buzones de sugerencias. Con nuestros asociados comerciales, priorizamos sus necesidades de acuerdo a nuestras demandas, realizando reuniones y estableciendo acuerdos formales. Con los líderes políticos, representantes de Se reciben las sugerencias a través de los buzones, auditorías del MSP, supervisiones del SNS, SRSO, DPS, la implementación del modelo CAF del ministerio de administración pública. Con todas estas sugerencias recibidas se elabora un plan de mejora al cual se les da seguimiento para que sean implementadas y posteriormente los resultados son reflejados en el buen servicio que brindamos al paciente, organizaciones comunitarias, iglesias a través de reuniones e intercambios de ideas y grupos de interés estos participaron en el lanzamiento Carta Compromiso al Ciudadano y actualizaciones de los Comités Hospitalarios . Evidencias: Resultados de las encuestas, ponderaciones del ranking Sismap Salud, valoraciones de los MEP trimestrales, Brochure de Carta Compromiso al Ciudadano. Actas Constitutivos de los Comités	
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).	Con la instalación del software y el datacenter, los procesos son mas ágiles y seguros, destacando. 1-Farmacia: innovando y agilizando el inventario, vencimientos y abastecimiento de medicamentos agilizando en un 100% la gestionar inasistencias y tomar decisiones basadas en datos en tiempo real. 2- Laboratorio clínico para automatizar y optimizar las operaciones en laboratorios clínicos agilizando en un 100%.	

3- Datacenter, destaca por su flexibilidad para optimizar procesos administrativos y médicos como la facturación electrónica, y el agendamiento de pacientes, la misma se ha implementado en un 100% del proceso de consultas médicas.

4- Atención al Usuario (uso de tablas para realizar encuestas de satisfacción al usuario, se realizan 20 encuestas por áreas cada 24 horas, Registro de QDRS, Referencia y Contrareferencia)

5- Ginecología y Obstetricia (Sala Situacional, plantilla de calidad, snsrd.shareponit.com) se realizan de manera periódicas mensual y estas alimentan en repositorio del SNS.

6- Epidemiologia (Informe mensual de producción servicios Hospitalarios 67a y 72A, EPI 1 y EPI2)

7- Cirugía Programación de Cirugías Electivas, se programan en las consultas de cirugías.

8- Monitoreo y Evaluación snsrd.shareponit.com con un 95% de efectividad.

Una de las quejas más frecuentes que expresan las usuarias tiene que ver con el tiempo para el egreso o alta hospitalaria y el tiempo de facturación. Por lo que implementamos otras áreas de facturación para procesos internos donde se simplifican los tramites y a la vez disponemos de más camas libres en horarios matutinos, con una reducción de 2 horas de espera.

Apertura de la unidad de adolescente con área privada para este servicio ya que tenemos una población cada vez más creciente.

Área de hemodiálisis ya que nuestro pacientes era referidos a otros centros. Tenemos una atención diaria de 20 Pacientes.

Año	Acción de mejora	Impacto
2021	Habilitación y apertura de Emergencias	Eficientizacion del proceso de emergencias y capacidad en la

		atención de mayor número de usuarios
2022	Habilitación y apertura de Hemodiálisis	Eficientización del proceso de emergencias y capacidad en la atención de mayor número de usuarios. Unidad moderna
2023	Apertura de UCIN	Unidad moderna con mayor capacidad de atenciones
2023	habilitación de módulos de facturación den emergencias, laboratorio y consulta, descentralización del proceso de facturación	Agilización del tránsito de recepción a facturación. Mejora en el proceso de egreso
2023	Unidad de Adolescente	Manejo más personalizado a usuarios adolescente, mayor capacidad.
2023	Mama Canguro	Manejo más personalizado a pacientes prematuros, mayor capacidad
2024	Unidad de Cosmeatria	Nuevo servicio a bajo costo
2025	Cirugía plástica y Bariátrica	Nuevo servicio
2025	Unidad de Endoscopia remodelada	Unidad moderna con mayor capacidad de atenciones
2025	TICS, fibra óptica y datacentro	Eficientización de los procesos

			Evidencias: Matrices y formularios (Sala Situacional, plantilla de calidad, snsrd.shareponit.com, Formularios de Informe mensual de producción de servicios Hospitalarios 67a y 72A, EPI 1 y EPI2Matiz QDRS, apertura de buzones y de encuestas realizadas, fotos del área de facturación nueva, fotos de la emergencia, hemodiálisis, fotos primer nivel área de internamiento y unidad de adolescentes, UCIN, mama canguro, habitaciones de cirugía plástica, unidad de endoscopia, TICS.	
3.	Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	En el consolidado se puede observar en cuanto a los servicios ofertados en salud sexual y reproductiva las siguientes estadísticas: Repositorio SNS: En cuanto a género y diversidad en el año 2025 se sostuvo cobertura en relación a asistencia a partos a dominicanas de 86.9% y extranjeras de 13.1% En cuanto a la diversidad cultural y social se pueden identificar las siguientes estadísticas Consulta externa asistió el 69.5% de mujeres con relación a hombres que fue de 30.95%. Nuestro hospital en el 2025 con una nómina de 1360 colaboradores personal femenino 1021. Personal con diferentes discapacidades 7. En nuestro personal fluye la diversidad cultural y social en el cual no hay restricciones para el nombramiento de algunos de estos. No tenemos ningún tipo de restricción para brindar nuestros servicios a los usuarios. Contamos con una capilla, donde los usuarios y colaboradores pueden utilizar. De las 134, 305 consultas, 92,737 fueron a mujeres y 41,568 a hombres, 10 % de extranjeros De los 341,554 laboratorios realizados fueron 175,927 a mujeres.		

	De las 8,137 hospitalizaciones fueron a 2,232 mujeres. Nuestro centro cuenta con una capilla que maneja unos 100 usuarios diario. Evidencia. RIESS, Nómina del personal y Plantillas de registro diario donde se visualiza nacionalidad, historia clínica, capilla. Producción por género, nacionalidad.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	Con la instalación de los software y el datacenter, los procesos son mas ágiles y seguros, destacando. 1-Farmacia: innovando y agilizando el inventario, vencimientos y abastecimiento de medicamentos agilizando en un 100% la gestionar inasistencias y tomar decisiones basadas en datos en tiempo real. 2- Laboratorio Clínico para automatizar y optimizar las operaciones en laboratorios clínicos agilizando en un 100%. 3- Datacenter, destaca por su flexibilidad para optimizar procesos administrativos y médicos como la facturación electrónica, y el agendamiento de pacientes, la misma se ha implementado en un 100% del proceso de consultas médicas. 4- Atención al Usuario (uso de tablas para realizar encuestas de satisfacción al usuario, se realizan 20 encuestas por áreas cada 24 horas, Registro de QDRS, Referencia y Contrareferencia) 5- Ginecología y Obstetricia (Sala Situacional, plantilla de calidad, snsrd.shareponit.com) se realizan de manera periódicas mensual y estas alimentan en repositorio del SNS. 6- Epidemiología (Informe mensual de producción	

servicios Hospitalarios 67a y 72A, EPI 1 y EPI2)

7- Cirugía Programación de Cirugías Electivas, se programan en las consultas de cirugías.

8- Monitoreo y Evaluación snsrd.shareponit.com con un 95% de efectividad.

Logramos reducir el tiempo de 4 horas a 2 horas los egresos. Con la implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja.

La adquisición de computadoras y establecidas en todas las áreas del centro ha agilizado el manejo de los records, la comunicación interna es inmediata, los comunicados por medio de E-mails, chats internos y externos.

Contar con el departamento de comunicaciones nos ha agilizado una cobertura más amplia para notificar las informaciones.

Nuestro portal de transparencia, OAI, el portal transaccional, que permite ver el manejo de compras y contrataciones. Nuestras redes sociales nos permiten comunicación fluida con los usuarios.

Portal Institucional:www.hospitalcalventi.gob.do

Portal de transparencia:<https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia>.

Correo electrónico:
info@hospitalcalventi.gob.do

Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm

Centro de Recepción: (809) 616-3965

Oficina de Acceso a la Información Pública:
(809) 616-3965 ext.: 2272 Correo electrónico:
transparencia@hospitalcalventi.gob.do

Redes Sociales: @hcalventird.

Todo esto ha reducido el costo a nivel de papelería y otros insumos de oficina. Y a la vez agiliza los procesos.

Disminución del tiempo de búsqueda de información de los usuarios de unos 10-15 minutos.

	Instalación Sistema de Cámaras de Seguridad que nos permite mantener el clima de seguridad de nuestro personal y de los usuarios. Implementación de fibra óptica en diferentes áreas del hospital, adopción de soluciones de almacenamiento en la nube (Cloud), un datacenter reestructurado y modernizado, equipos tecnológicos actualizados y un sistema de seguridad tecnológica fortalecido. El hospital cuenta con mecanismos de protección de la información mediante respaldos locales y copias de seguridad en la nube, lo que garantiza la recuperación de la data ante posibles incidentes o contingencias. Evidencias: Fotos de redes sociales, fotos de chats internos y externos, Fotos del área de facturación del sistema. Software de laboratorio, farmacia, facturación, fotos de las cámaras de seguridad, datacenter, Claro Cloud																																																																							
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).	METRICAS REDES SOCIALES 2024 <table><tr><th>Mes</th><th>Seguidores</th><th>Publicaciones</th><th colspan="2">interacciones</th></tr><tr><th colspan="5">Impresiones</th></tr><tr><td>Enero 2024</td><td>7</td><td>10</td><td>17</td><td>270</td></tr><tr><td>Febrero 2024</td><td>1361</td><td>13</td><td>1113.</td><td>4384</td></tr><tr><td>Marzo 2024</td><td>8885</td><td>30</td><td>14062</td><td>32423</td></tr><tr><td>Abril 2024</td><td>306</td><td>37</td><td>56</td><td>252</td></tr><tr><td>Mayo 2024</td><td>306</td><td>30</td><td>39</td><td>204</td></tr><tr><td>Junio 2024</td><td>9507</td><td>43</td><td>2864</td><td>44620</td></tr><tr><td>Julio 2024</td><td>9665.00</td><td>48</td><td>3186</td><td>17870</td></tr><tr><td>Agosto 2024</td><td>304,00</td><td>8</td><td>13</td><td>47</td></tr><tr><td>Septiembre 2024</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td></tr><tr><td>Octubre 2024</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td></tr><tr><td>Noviembre 2024</td><td>10877</td><td>8</td><td>783</td><td>11513</td></tr><tr><td>Diciembre 2024</td><td>310</td><td>12</td><td>22</td><td>70</td></tr></table> Durante el año 2025, la cuenta oficial de Instagram del Hospital Dr. Vinicio Calventi ha mantenido una presencia	Mes	Seguidores	Publicaciones	interacciones		Impresiones					Enero 2024	7	10	17	270	Febrero 2024	1361	13	1113.	4384	Marzo 2024	8885	30	14062	32423	Abril 2024	306	37	56	252	Mayo 2024	306	30	39	204	Junio 2024	9507	43	2864	44620	Julio 2024	9665.00	48	3186	17870	Agosto 2024	304,00	8	13	47	Septiembre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal	Octubre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal	Noviembre 2024	10877	8	783	11513	Diciembre 2024	310	12	22	70	
Mes	Seguidores	Publicaciones	interacciones																																																																					
Impresiones																																																																								
Enero 2024	7	10	17	270																																																																				
Febrero 2024	1361	13	1113.	4384																																																																				
Marzo 2024	8885	30	14062	32423																																																																				
Abril 2024	306	37	56	252																																																																				
Mayo 2024	306	30	39	204																																																																				
Junio 2024	9507	43	2864	44620																																																																				
Julio 2024	9665.00	48	3186	17870																																																																				
Agosto 2024	304,00	8	13	47																																																																				
Septiembre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal																																																																				
Octubre 2024	No Personal	No Personal	No Personal	No Personal																																																																				
Noviembre 2024	10877	8	783	11513																																																																				
Diciembre 2024	310	12	22	70																																																																				

	activa y constante en redes sociales, como parte del compromiso institucional de mantener informada a la ciudadanía y visibilizar las acciones en beneficio de la salud pública. Resumen de métricas más relevantes: Publicaciones realizadas: 455 en total. Interacciones acumuladas: 15,172 interacciones (Me gusta, comentarios, compartidos). Impresiones generadas: 940,612 impresiones en total. Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 11,421 a 14,172 seguidores (+3,751 nuevos). Estas cifras evidencian el crecimiento sostenido de la comunidad digital del hospital y reflejan el interés del público en conocer las actividades institucionales, jornadas médicas, logros, servicios y campañas educativas promovidas durante este período. Informe de Redes Sociales – Facebook Período: enero - octubre 2025 Perfil oficial: @HcalventiRD Durante el año 2025, la cuenta oficial de Facebook del Hospital Dr. Vinicio Calventi ha mantenido una presencia activa y constante en redes sociales, como parte del compromiso institucional de mantener informada a la ciudadanía y visibilizar las acciones en beneficio de la salud pública. Resumen de métricas más relevantes: Publicaciones realizadas: 453 en total. Interacciones acumuladas: 21,770 interacciones (reacciones, comentarios, compartidos). Impresiones generadas: 671,902 impresiones en total. Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 1,486 a 1,693 seguidores (+207 nuevos). Informe de Redes Sociales – Twitter Período: enero - octubre 2025 Perfil oficial: @HcalventiRD Durante el año 2025, la cuenta oficial de Twitter del Hospital Dr. Vinicio Calventi ha mantenido una presencia	
--	--	--

	activa y constante en redes sociales, como parte del compromiso institucional de mantener informada a la ciudadanía y visibilizar las acciones en beneficio de la salud pública. Resumen de métricas más relevantes: Publicaciones realizadas: 292 en total. Interacciones acumuladas: 566 interacciones (me gusta, respuestas, retweets). Impresiones generadas: 3,567 impresiones en total. Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 307 a 321 seguidores (+14 nuevos) Evidencias: Portal web (https://hospitalengombe.gob.do) OAI@hospitalcalventi.gob.do calidad@hospitalcalventi.gob.do direccion@hospitalcalventi.gob.do Plataformas digitales (WhatsApp, Instagram, Twitter, perfil oficial: @HcalventiRD Las redes Sociales con un crecimiento de 11,421 a 15,172 seguidores (+3,751 nuevos). Comparativa de Desempeño Digital 2025 La siguiente tabla muestra la evolución de las métricas digitales del Hospital Dr. Vinicio Calventi, comparando el primer semestre (enero–junio) con el cierre anual (enero–diciembre). Se evidencia un crecimiento significativo en publicaciones, interacciones e impresiones, consolidando una gestión comunicacional constante y estratégica El comportamiento mensual de nuestras redes sociales durante el año 2025, evidenciando un crecimiento sostenido en seguidores, interacciones e impresiones, como resultado de una estrategia de comunicación institucional constante y organizada. Evidencias:	
--	---	--

	Lista de asistencia, fotos., página WEB y redes sociales, Carta Compromiso al Ciudadano. Métricas.	
--	--	--

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	La percepción de nuestros ciudadanos-clientes se mide principalmente a través de la satisfacción con el servicio y la calidad percibida con las Encuestas de Satisfacción SNS: Utilizamos la plataforma tecnológica del Servicio Nacional de Salud (SNS) que evalúa dimensiones como amabilidad, trato humano, profesionalidad y tiempo de espera Contamos con 8 Buzones de Sugerencias y Reclamaciones distribuidos estratégicamente para el Monitoreo de quejas o sugerencias recibidas en la División de Servicio de Atención al Usuario para identificar áreas críticas de mejor. La imagen y el rendimiento laboral es medido por los ciudadanos clientes mediante índice de Satisfacción de Usuarios en general y por áreas para el año 2025 fue de un Satisfacción general 94,35%. Los usuarios externos han valorado de manera positiva a nuestra institución, como muestran los siguientes resultados de la medición realizada, en las encuesta de satisfacción a los usuarios 2023, 2024 y 2025.	

Promedio General de Satisfacción	2023 89,45%	2024 91.45%	2025 94.35%
----------------------------------	-------------	-------------	-------------

Servicios	2023	2024	2025
Hospitalización	92,24%	92,3%	93,06%
Imágenes	89,32%	92,95%	96,04%
Laboratorio	84,47%	92,95%	95,48%
Emergencia	92,27%	88,2%	93,08%
Consulta Externa	91,78%	92,8%	93,93%

Como podemos ver la satisfacción cada año fue mejorando aumentando el porcentaje de satisfacción. Grado de conocimiento de nuestra institución 100%.

Área en la que recibió mejor trato fue imágenes y laboratorio, laboratorio e imágenes con 95-96% de satisfacción.

Satisfacción general de los usuarios 94,35%

En el año 2024 se brindaron 593,606 atenciones.

En ese año 2025 se brindaron 618,142 atenciones.

Meta física alcanzada 2024	Meta física alcanzada 2025	
593,606	618,142	51% más atenciones en 2025

Una muestra de la buena imagen que tiene el hospital tanto en empleados como en la comunidad que los usuarios siguieron confiando en nuestro centro.

En la encuesta de clima laboral realizada en el 2025, arrojaron los siguientes datos:

Evidencias:

	Encuestas de satisfacción al usuario, e informe de encuesta de clima laboral, producción hospitalaria	
2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.	Con el involucramiento en la encuesta de clima laboral realizada por el MAP en el 2025 arrojo que el liderazgo la participación con la institución es de 93,38%, Así de esta misma forma la colaboración y el trabajo en equipo arrojo 92,88%. En las reuniones de los comités hospitalarios y las entregas de guarias realizadas cada mañana, la comunicación es fluida y de ahí salen planes de mejora y la colaboración interdepartamental. Encuesta de clima laboral 2025 arrojo en comunicación 86.33%, Calidad y orientación al usuario 87.73%. Identidad con la institución y valores 85.73%. Durante el año 2025 se logró fortalecer la imagen institucional del hospital a través de contenido estratégico, cobertura de efemérides, campañas de concienciación y comunicación constante. Se observa una mejora en la percepción digital, con disminución de comentarios negativos y aumento de interacciones positivas por parte de la ciudadanía. Para el año 2026 se continuará fortaleciendo la estrategia digital, ampliando el alcance institucional y promoviendo una comunicación cada vez más efectiva con nuestros usuarios. Para la actualización de nuestra filosofía institucional, la participación, del personal, incluidos también comunitarios, encargados departamentales y comunitarios. Nuestra Misión, Visión, Valores están en murales en las diferentes áreas del centro, además están colgados en todas nuestras redes sociales. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2023, 2025, murales, redes sociales.	

3.La participación de las personas en las actividades de mejora.	El grado de satisfacción institucional desde la perspectiva del personal que participó en la encuesta general es de un 88% satisfechos y de insatisfechos de 26% del personal que labora en este centro de salud. El personal afirma que su supervisor fomenta la participación, el liderazgo y distribuye el trabajo de acuerdo con capacidades o competencias, presenta una valoración positiva, colaboración y trabajo en equipo de un 88%, en la encuesta de clima laboral 2025. Esta participación incluye las acciones de Mejora. Implementamos propuestas para le mejora del cambio con una valoración de 91.31%. Impulsando a cambios innovadores. Los supervisores alientan a ser creativo y toma en cuenta otras formas de realizar el trabajo. Contamos con 18 comités que captan nuevas sugerencias para mejorar e involucrar todos los departamentos al trabajo en equipo. Colaboración y trabajo en equipo valorado en 88% Recibimos respuesta y cooperación oportuna de los miembros de otros departamentos a los que requieren información o apoyo para realizar el trabajo presenta una valoración positiva de 88%. Evidencias Encuesta clima laboral 2025	
4.Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	La encuesta de clima también arrojó las siguientes respuestas de los colaboradores: La austeridad y combate de la corrupción arrojó 92,6%. La correcta distribución y manejo de los recursos, la pulcritud y el buen uso de aquello que es puesto a disposición para la realización de los trabajos agregando un valor que eleve la calidad de los servicios 84,36%. La dirección general de Ética E Integridad gubernamental, nos valoró en transparencia y	

	gobierno abierto en 97.75% en el mes de diciembre 2025 Contamos con el comité de Ética. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2023 y 2025, acta constitutiva del Comité de Ética	
5.Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	Se realizan jornadas de sensibilización sobre conflictos de intereses, especialmente en áreas críticas como Compras y Atención al Usuario. Contamos con canales abiertos para la recepción de denuncias y fomentamos que cada colaborador reconozca su responsabilidad como servidor público ante la sociedad. Marco Normativo y Ético El Saber alineado a las pautas del MAP y la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG).Las diferentes reuniones realizadas en el año, sirven de marco a la consulta y dialogo, así como a la retroalimentación. Las entregas de guardia y las reuniones del comité de calidad y de calidad de los servicios son ejemplos de ello. En nuestro centro se aplican cada 2 años la encuesta de Clima laboral, la encuesta de satisfacción al usuario periódicamente, y se escuchan las quejas y sugerencias de los colaboradores las cuales son reportadas en la plantilla QDRS y en el sistema 311. Evidencias: Comité Ética Talleres de capacitación, Estudio de Clima y Cultura Organizacional.	No realizamos informe de retroalimentación de las QDRS y 311 al personal.
6.La responsabilidad social de la organización.	Como respuesta al resultado de la responsabilidad social de la organización los diferentes departamentos realizan actividades como las siguientes. Disponemos de los desechos biológicos de manera	

	responsable, con la contratación de una compañía certificada por el Ministerio de Salud para preservar el medioambiente de nuestro entorno y evitar la contaminación de las áreas aledañas. En la contratación de proveedores, nos aseguramos que sean social y ambientalmente responsables. También se encuentran las jornadas médicas, donde el equipo médico con diferentes especialidades se traslada a la comunidad a brindar servicio de salud de manera gratuita. Con nuestra unidad de adolescentes hemos logrado la inserción de jóvenes a las escuelas, y la unidad de familias del sector. Acompañamos a la iglesia, bomberos y la alcaldía a diferentes jornadas que nos invitan. En las redes sociales el enfoque estuvo orientado a: Transparencia institucional Humanización de los servicios Cobertura de actividades médicas y administrativas Campañas educativas y preventivas Efemérides del sector salud Fortalecimiento de la imagen institucional CAMPAÑA ESPECIAL – MES DEL CÁNCER DE MAMA En el mes de octubre se desarrolló la campaña: “Amarte es Revisarte”, Duración: 1 al 31 de octubre 2025 Objetivos: Concientizar sobre la prevención del cáncer de mama Promover chequeos médicos oportunos Sensibilizar a la población femenina. COBERTURA DE EFEMÉRIDES DESTACADAS Durante el año se realizó cobertura constante de fechas conmemorativas relevantes del sector salud y sociedad: ●Día del Médico	
--	---	--

	●Día de las Enfermeras ●Día de la Mujer Médica ●Día de las Madres ●Día del Padre ●Día del Cáncer de Mama ●Independencia Nacional ●Efemérides sanitarias y campañas nacionales En el Día del Padre, se desarrolló una campaña especial motivando a los padres a realizarse chequeos médicos preventivos, promoviendo la cultura del autocuidado masculino Evidencias: Fotos del portal de transparencia, Portal Transaccional, OAI, contrato de compañía recolectora de desechos sólidos. Jornada de procedimientos quirúrgicos, Operación Sonrisa, redes sociales.	
7.La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	El uso de software y plataformas implementadas no es solo una cuestión técnica, sino una evidencia de "Apertura al Cambio e Innovación 1-Sinergia, el hospital ha innovado en su rendición de cuentas y gestión presupuestaria, integrando los procesos administrativos con las metas institucionales, lo que facilita una toma de decisiones basada en evidencia financiera y no en suposiciones. 2- Atención al Usuario (uso de tablets para realizar encuestas de satisfacción al usuario, Registro de QDRS, Referencia y Contrareferencia, Citas médicas) 3- Ginecología y Obstetricia (Sala Situacional, plantilla de calidad, snsrd.shareponit.com) 4- Epidemiología(INTRANET) 5-Cirugía Programación de Cirugías Electivas 6- Monitoreo y Evaluación snsrd.shareponit.com 7-Grupos de WhatsApp. Hemos capacitado al personal para brindar servicios especializados con las mejores competencias del mercado.	

	Las mejoras y el cambio se han ido evidenciando tanto en el personal como infraestructura. El clima laboral ha ido mejorando sustancialmente siendo esto evidenciado por la encuesta de clima laboral, aunque falta mucho por mejorar. Evidencia: Software, claro cloud, equipos tecnológicos	
8.El impacto de la digitalización en la organización.	Disponemos de la NORTIC E, NORTIC A2 Y A3 otorgada por la OPTIC por el uso correcto de las redes sociales, en donde tenemos presencia en Facebook e Instagram, con relación a la comunicación interna y externa contamos con la plataforma digital donde se cuelgan las informaciones relevantes, hacemos uso de la Línea 311, además se ostenta de los correos institucionales, los cuales facilitan la comunicación efectivaLas mejoras tecnológicas implementadas desde el año 2024 hasta la fecha han impactado positivamente áreas clave como la conectividad, los equipos tecnológicos, el datacenter, los sistemas informáticos, la videovigilancia y los controles de acceso, alcanzando un nivel de mejora estimado en más de un 85 % respecto a la situación previa. Estas acciones han permitido fortalecer la eficiencia operativa, la seguridad de la información y la continuidad de los servicios hospitalarios. Actualmente contamos con una red de comunicaciones más robusta, con implementación de fibra óptica en diferentes áreas del hospital, un datacenter reestructurado y modernizado, equipos tecnológicos actualizados y un sistema de seguridad tecnológica fortalecido. Los colaboradores valoran mucho el impacto de la tecnología que está ocurriendo en nuestro centro. Estamos incursionando en el adecuado uso de las herramientas y equipos tecnológicos en la consecución de resultados, sobretodo cómo afectan	

	los procesos y la normatividad a la organización y desarrollo de su trabajo. Es indispensable usar las tecnologías de la información y comunicaciones (computadora, internet, celular, audio, e-mail, nube, base de datos, redes, software. Evidencias: Fotos de los equipos tecnológicos, contrato con Claro, cámaras de vigilancia y Datacenter, las NORTIC.	
9.La agilidad en los procesos internos de la organización.	La agilidad para las respuestas de las QDRS son 15 días estipulados por los organismos y nuestro tiempo record de respuestas es máximo 5 días. En la Encuesta de Satisfacción al Usuario Enero Diciembre 2025 el tiempo de espera de laboratorio obtuvimos Tiempo para recibir los resultados: 97.90% lo que indica que estamos cumpliendo con el plazo establecido para CCC que es (2) días laborables. Por otra parte, el nivel de satisfacción en cuanto a los productos y servicios general 99.27%. Las quejas, sugerencias y felicitaciones se pueden realizar mediante la página web OAI@calventi.gob.do, WhatsApp y buzones colocados de manera estratégica en las áreas y se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 15 días laborables. Además, se pueden dirigir por la plataforma del 311 y solicitar información o colocar sus quejas o sugerencias y serán respondidas en el tiempo acordado con la OAI. Los procesos internos son ágiles ya que contamos con el personal necesario para esto y la digitalización de algunos procesos como facturación, estadísticas. Se evidencia una reducción en la frecuencia de caídas de los sistemas, una mejora en los tiempos de respuesta y una mayor planificación en la ejecución de las actividades tecnológicas.	

	Estos avances han permitido disminuir la improvisación en la gestión tecnológica, optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar una mayor estabilidad en los servicios tecnológicos críticos, impactando positivamente la operación general del hospital. Durante el período evaluado se han implementado importantes innovaciones tecnológicas, entre ellas la incorporación de un nuevo sistema estadístico, la modernización del datacenter institucional, la adopción de soluciones de almacenamiento en la nube (Cloud) y la expansión de la infraestructura de fibra óptica en el hospital. Estas iniciativas han contribuido a mejorar la eficiencia operativa y la confiabilidad de la información institucional. Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario, QDRS, Mapa de Proceso, informe avances tecnológicos, software	
--	--	--

2. Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	Con respecto a los resultados obtenidos en la plataforma de Sismap Salud en el 2025 el porcentaje fue de un 92 % para el Plan Operativo Anual 2025. Por otra parte, en cuanto al área de RRHH nuestro Plan de Capacitación fue valorado con un 95 %, gestión de Acuerdos de Desempeño con un 100%, Estructura Organizativa y Manual de Funciones 100% y la Evaluación de acuerdo de Desempeño con un 100%. Carta Compromiso al Ciudadano 99%. Autoevaluación CAF 100%. Plan de mejora CAF 100%. Índice de satisfacción al usuario 94%. Plan anual capacitaciones 60%.	

	Las valoraciones recibidas por SRSO y SNS, fueron por encima del 90%. Evidencias: Ranking hospitalario, SISMAP SALUD.	
2.El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	La organización ha diseñado sus flujos de trabajo — desde la admisión del paciente hasta el alta médica y la gestión financiera— bajo estándares de eficiencia y transparencia. Contamos con Estructura Organizativa Actualizada en el 2021, Mapa de procesos, Manual de Organización y Funciones Institucional avalado por el SNS y MAP 2022. Contamos con todos los procesos y procedimientos levantados e implementados. En 2022 actualizamos los procesos y procedimientos misionales. En el 2023 actualizamos los procesos de bioseguridad hospitalaria y de imágenes. En el 2024, empezamos el proceso de realización del manual de Riesgo Laboral interno, protocolo de Punción Lumbar Estamos en el proceso de actualización de los procedimientos de las áreas comprometidas en la CCC. Estamos en la fase final de la elaboración del manual de trombolisis. Evidencias: Resolución de aprobación de Estructura Organizativa, resolución de aprobación de Manual de Organización y Funciones Institucional, manuales de procesos internos.	No hemos finalizado el manual de Riesgo Laboral, ni el protocolo de punción lumbar, ni el de trombolisis.
3.El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	El proceso de evaluación, monitoreado por el SISMAP Salud, logró una cobertura del 73%. En el reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas del hospital en la plataforma de Sismap Salud en el 2025 fue valorado:	

	En la plataforma de Sismap Salud en el 2025 fuimos valorado: 1. Estructura Organizativa y Manual de Funciones 100% 2. Gestión de Acuerdos de Desempeño con un 100% 3. Evaluación de acuerdo de Desempeño con un 99%. re educación continua. Evidencias: Manual de organización y funciones. Organigrama y Reporte Evaluación del Desempeño, SISMAP SALUD.	
4.La gestión del conocimiento.	El departamento de RRHH dio seguimiento al plan de capacitación, donde se desarrollaron las siguientes capacitaciones. Plan de capacitación 2025 Seguimiento al plan de capacitación Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio 15-4-2025 Comunicación efectiva 25-2-2025 Habilidades de liderazgo 7-5-2025 Gestión y Resolución de Conflicto 22-10-2025 Inteligencia Emocional 28-10-2025 Manejo Efectivo del Tiempo 31-10-2025. Realizamos los informes del cumplimiento de estos los cuales son enviados al SRSO trimestralmente. Evidencia: Plan de Capacitación 2024, 2025 Reporte de cumplimiento del plan.	
5.La comunicación interna y las medidas de información.	En nuestro centro funciona la comunicación de puertas abiertas, por lo que existe buena comunicación desde la dirección hacia todo el personal. Contamos con el plan de comunicaciones internas y externas de la Carta Compromiso al Ciudadano. Dentro de los medios que utilizamos para establecer una comunicación interna eficiente y eficaz se encuentran los siguientes: Mural	No contamos con un plan de comunicación institucional

	informativo Correos institucionales -Grupos de WhatsApp Contamos con diferentes chats departamentales, además los murales, pantallas, e-mail, memorándum y comunicaciones internas fluye diariamente. Las entregas de guardia son el mayor referente de comunicación en todas las áreas. Nuestro director preside diariamente las entregas de guardia. Evidencia: Plan de comunicación externa e interna, fotos de murales, cartas, comunicados, informes, chats.	
6.El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	De acuerdo a nuestra última encuesta de clima laboral el personal valoro la institución en el acápite de reconocimiento laboral en 87%. En capacidad de desarrollo 91,69%. En el año 2023 y 2025, se reconocieron personal de diferentes áreas, por su trayectoria. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2023 y 2025. Reconocimientos.	No se reconoce el personal en papel ni en metálico
7.El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	Para innovar y generar cambios en la organización se realizan acciones de mejoras, el departamento de planificación y calidad solicitan los cambios a implementar a través de los planes operativos departamentales, donde son plasmados los objetivos de cada departamento e iniciativas innovadoras en procura de mejora de los servicios. En la encuesta de clima laboral que se realiza en nuestra institución a los empleados, se les realizan preguntas para medir la percepción de los cambios e innovaciones. El personal institucional en las reuniones puede expresar sus inquietudes y sugerir las innovaciones y participar en los planes de mejora.	

	Nuestro centro está siendo remozado por niveles, lo que está generando una estructura física moderna y equipada con equipos de vanguardia Evidencias: Encuesta de clima laboral 2023 y 2025.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	Realizamos reuniones periódicas para informar los logros y dificultades que presentan por departamento. En la Encuesta de Clima Laboral en las dimensiones de Identidad con la Institución y Valores obtuvimos un 85.73y Calidad de Vida Laboral 84.28% lo que nos indica que nuestros servidores públicos estas vinculados a la Misión, Visión y Valores de nuestro centro, la dimensión de Colaboración y Trabajo en Equipo un 88 % quiere decir que se logra aprovechar en conjunto las capacidades de cada uno de los colaboradores con el fin de alcanzar las metas definidas. La dirección y RRHH muestran interés por promover una cultura de valores y el trabajo en equipo. Cuando surgen conflictos personales se medían mediante el gerente y recursos humanos, si el conflicto es grupal media la dirección ya que siempre tiene puertas abiertas para recibir a los empleados. Somos un hospital general y debemos trabajar con todos los departamentos integrados y pueden surgir los conflictos tenemos el Comité de Eventos Adversos y Comité de Ética. Se promueve un buen clima de trabajo respetando las normas, dando acceso a la información, generando confianza, y utilizando el modelo de liderazgo inclusivo. Disminuyendo así la cantidad de conflictos que se puedan presentar y cuando se presentan se solucionan mediante el diálogo con las personas	

	involucradas y el departamento de RRHH, el comité de ética y disciplina si es necesario. En nuestra institución conciliamos con respeto las diferencias que se presentan entre los compañeros de trabajo Evidencias: Promoción de cultura de valores y humanización, encuestas de clima laboral 2025, comité de ética.	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	En la Encuesta de Clima Laboral en las dimensiones de Balance Trabajo Familia obtuvimos un 74.33 % y Calidad de Vida Laboral 84.28%. Tenemos personal con situación de salud que ha sido movido a otra área que conlleva menos riesgo para su salud. Cumplimos con las licencias por enfermedad, por embarazo, licencia pre y post natal. Flexibilidad de horario al personal que posee problemas de salud. Permisos para estudios Flexibilidad de horario por distancia Permisos para cuidar a sus familiares enfermos. Nuestra institución tiene el departamento de recursos humanos que siempre está en la disposición de conciliar para ayudar al personal que bajo alguna situación personal o laboral con flexibilidad del horario. Evidencias: Encuestas de clima laboral, permisos, licencias pre y post natal, tardanzas, reclasificación de horarios.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	En la Encuesta de Clima Laboral en la dimensión de Equidad y Género obtuvimos un 65.67% Empleados/Colegas/Colaboradores 83% Liderazgo y Participación 84.83% Colaboración y Trabajo en Equipo 88%. Contribuimos con permisos para asistencias a congresos nacionales e internacionales sin importar la especialidad.	

	En este año la dirección regularizo los salarios de colaboradores que durante años no habían recibido el pago justo por sus prestaciones laborales. Nuestra organización tiene la obligación de preservar el respeto y la integridad de personal, así como de mantener la igualdad de oportunidades de acuerdo a las competencias del individuo. Cada empleado tiene las puertas abierta para realizar sus solicitudes de preparación académica, cualquier tipo de ayuda y de exponer sus quejas y sugerencias sin ningún tipo de persecución. Evidencias: Encuestas de clima laboral 2023 y 2025, ayuda para capacitaciones, nomina	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	En la Encuesta de Clima Laboral en la dimensión de Calidad de Vida Laboral 84.28%, lo que nos indica que, en cuanto a seguridad, limpieza, iluminación, en que se desarrollan las actividades diarias son bien valoradas por nuestros colaboradores. Nuestro centro queda en el sector de los Alcarrazos distante del centro de la ciudad por lo que hemos tomado en cuenta los horarios nocturnos, donde por medida de seguridad los servicios se toman a las 6:00 pm. Estamos en remoción y remodelación de algunas áreas de nuestro centro, pero por lo regular tenemos un espacio de descanso de todo el personal médico y enfermería. EL 85% de las áreas tiene aire acondicionado central, mobiliario, áreas climatizadas, salón de reuniones. El comedor de médicos fue remodelado. Hemos iluminado todo el entorno, embellecimiento y preservación de las áreas verdes. Contamos con parqueo exclusivo para médicos y personal administrativo. Tenemos una cafetería intrahospitalaria.	No se han inaugurado las áreas remozadas

	Áreas de descanso por diferentes especialidades climatizadas y con baño, comedor, salón de reuniones amplio y con tecnología. Evidencias: Encuesta clima laboral, medios de verificación de las áreas, fotos.	
--	--	--

4. **Resultados relacionados con la percepción del desarrollo de la carrera y habilidades profesionales:**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	En la Encuesta de Clima Laboral en la dimensión de Capacitación Especializada y Desarrollo obtuvimos un 85.33% lo que indica que nuestros colaboradores están de acuerdo con el desarrollo de competencias y habilidades que le ha brindado nuestro centro Motivamos al personal a capacitarse continuamente. Tenemos personal de carrera administrativa. En nuestra institución se realizan acciones para delegación de responsabilidades, capacidades e informes de productividad. Esto se puede evidenciar en el organigrama y manuales de funciones donde se describen las responsabilidades de cada empleado. Fomentamos el empoderamiento mediante la delegación de responsabilidades, en caso de ausencia se delegan las funciones en el asistente y empleados empoderados. Por medio de la capacitación y Formación permanente. Por medio del plan de capacitaciones fortalecemos las competencias de nuestro personal y los encaminamos a las nuevas innovaciones que fortalecen nuestros servicios. Somos un hospital universitario, donde tenemos residencias médicas de medicina familiar, geriatría, emergenciológica. Evidencias:	

	Programa de capacitación, capacitación de liderazgo, o empoderamiento, medición clima laboral 2025, residencias médicas.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	En la Encuesta de Clima Laboral en las dimensiones de Liderazgo y Participación obtuvimos un 87.73%, Calidad de Vida Laboral 84.28% y en Capacitación Especializada y Desarrollo 85.33%. Motivamos al personal a capacitarse y adquirir nuevas competencias ya que realizamos movilizaciones internas de promoción de puestos de acuerdo a las necesidades. Nos preocupamos por saber el grado de satisfacción de las diferentes capacitaciones que realizamos dentro y fuera de nuestra institución. En el año 2025 Personal Capacitado 76 Hombres 19 Mujeres 57 Evidencias: informes de capacitaciones, fotos y listados de participantes, encuesta de clima laboral 2025.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Encuesta de Clima Laboral 2025 en la dimensión de Capacitación Especializada y Desarrollo obtuvimos un 85.33% lo que indica que nuestros colaboradores están de acuerdo con el desarrollo de competencias y habilidades que le ha brindado nuestro hospital. La División de RR.HH. es quien se encarga de gestionar las capacitaciones para las distintas áreas que componen el hospital cada año En el año 2023 realizamos las siguientes capacitaciones: -Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio. -Sistema de Administración de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311 -Lucha para la Inclusión en el Sector Salud (Proyecto LISS). -Taller Preserva "Cultura Financiera para el Bienestar Sostenible. -Taller Soporte Vital Avanzado Pediátrico.	

	-Humanización de los Servicios de Salud. -Sensibilización al Personal Sanitario (Lucha para la inclusión en el Sector Salud, Proyecto LISS). -Trabajo en Equipo. -Diplomado en Gestión Hospitalaria. -Taller sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo en la Administración Pública. En el año 2024 capacitamos 346 colaboradores en diferentes áreas del saber.	
--	---	--

Capacitacion Ejecutada	Cantidad de Participantes Sexo Femenino	Cantidad de Participantes Sexo Masculino	Cantidad Total de Participantes
Atencion al Ciudadano y Calidad en el Servicio	23	5	18
Sistema de Administracion de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311	38	8	30
Taller de Regimen Etico y Diciplinario en Virtud de lo Establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica y su Reglamento Numero 523-09 de Relaciones Laborales	24	2	22
Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS)	22	0	22
Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS)	9	7	30
Taller Preserva "Cultura Financiera para el Bienestar Sostenible".	36	5	41
Taller Soporte Vital Avanzado Pediatrico	15	3	18
Humanizacion de los Servicios de Salud	26	3	29
Sensibilizacion al Personal Sanitario (Lucha para la Inclusion en el Sector Salud, Proyect LISS)	19	2	21
Trabajo en Equipo	18	22	40
Diplomado en Gestion Hospitalaria	31	3	34
Humanizacion de los Servicios de Salud	16	4	20
Taller sobre el Sistema			

	En el año 2025 Personal que fue capacitado 76 Hombres 19 Femenino 57 Evidencias: Plan de Capacitaciones 2023, 2024 y 2025, listados de participantes, fotos.	
--	--	--

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).	Para el año 2025 se presentan los siguientes porcentajes en cuanto a: Nivel de absentismo por enfermedad: 92, Índice de rotación del personal: 5% Personal de nuevo ingreso: 100 Reclasificación de puestos: Huelgas: 0% Nuestro centro cuenta con colaboradores desde nuestros inicios, que permanecen en sus puestos y otros al pasar de los años han sido promovidos. La lealtad y el compromiso de un alto porcentaje de los colaboradores hacen que los usuarios permanezcan con el tiempo, poniendo en nuestras manos sus familias. En los periodos de huelga, el centro permanece con las puertas abiertas y damos el servicio a nuestros usuarios sin restricciones. Existen formularios para: licencias, permisos, rotación del personal, cambios de servicios, amonestaciones, vacaciones e incidentes.	

	Personal entrante y saliente (2025) Movimientos realizados entradas y salidas Evidencias: Formulario de acción de personal, reporte de absentismo laboral	
2.Nivel de participación en actividades de mejora.	En la encuesta de clima laboral 2023, la colaboración y participación arroja 92,88%. Y 2025 arroja 88%, es decir, se les toma en cuenta para que expresen sus ideas en cuanto a situaciones que ameriten mejorar en sus respectivas áreas. Un ejemplo de esto es la participación e involucramiento en los distintos planes de mejoras y en la Carta Compromiso al Ciudadano. Esto nos dice que nuestros colaboradores participan en las reuniones importantes para la mejora continua de nuestros servicios. Contamos con el comité de la mejora continua y seguridad del paciente, donde participan todos los gerentes de atención directa al usuario, donde realizamos los planes de mejora de las diferentes áreas. Todo el recurso humano del centro participa en los planes de mejora. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2023 y 2025, reuniones de los comités y listados de participantes.	No realizamos informe de análisis de los planes de mejora semestral
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	La institución presta mucha atención a los conflictos, por lo que presta mucho interés al cumplimiento de los valores. El comité de Ética siempre activo, para evitar conflictos. En el año 2023-2024-2025 no hemos tenido intervenciones del comité de Ética. Evidencias: Valores institucionales, comité de ética.	

4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	Tenemos un personal involucrado en cada una de las actividades que realizamos, en las cuales participan con mucho entusiasmo y colaboración. Desayuno de cultura de valores, el día del abrazo, operativos médicos de ayuda a las comunidades. El día de las madres, día de las secretarias, enfermeras, donde reconocemos el valor que tienen en la sociedad y en nuestra institución. Contamos con enlace en la comunidad. Patronatos de las iglesias. Los bomberos nos acompañan en las jornadas de limpieza del exterior del centro y sus alrededores, también nos dan los entrenamientos del uso adecuado de los extinguidores. Evidencias: Actas constitutivas de comités, actividad en base a una cultura de valores, fotos de actividades.	
5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).	De acuerdo a nuestra última encuesta de clima laboral el personal valoro la institución en el acápite de reconocimiento laboral en 87%. En capacidad de desarrollo 91,69%. En la encuesta de satisfacción al usuario arrojo los siguientes datos con respecto a: -Recomendarías a otra persona a atenderse 99,8%. -Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió entre buena y muy buena. 9% -Cómo califica la profesionalidad del personal que le atendió. Entre buen y buena. 99%. -Como considero la facilidad y rapidez del servicio brindado. Entre buen y muy buena, 95% -Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió. Entre buena y buena, 99% -Como considera el acceso a los servicios solicitados. Entre buena y muy buena 98%. .-Como considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados. Entre buena y muy buena. 96%	No socializamos con los colaboradores los informes semestrales de las quejas y sugerencias.

	QDRS 2025 Abril 2025 Recibimos 1 queja el 17-04-2025, fue tramitada el 21-06/2025 y respondida el 24-04/2025. En 3 días. Mayo 2025 (No tenemos) Junio 2025 (1) Recibimos 1 queja el 5-6-2025, fue tramitada el 6-6-2025, respondida el 9-6-2025. En 3 días. Julio 2025 (1) Recibimos 1 queja el 11-7-2025, fue tramitada el 14-7-2025, respondida el 18-7-2025. En 4 días. Agosto 2025 (1) Recibimos 1 queja el 1-8-2025, fue tramitada el 4-8-2025, respondida el 8-8-2025. En 4 días. Septiembre 2025 (No tenemos) Octubre 2025 (No tenemos) Noviembre 2025 No tenemos) Diciembre 2025 No tenemos) Sistema 311 Abril 2025, Recibidas 00 Mayo 2025, recibidas 01, el 16/05/2025, respondida el 27/05/2025 Junio 2025, recibidas 02, una(01) el 22/06/2025, respondida el 08/07/2025; una(01) el 26/06/2025, respondida el 17/07/2025 Julio 2025. 00 Agosto 2025, recibida 01, el 19/08/2025, respondida el 26/08/2025 Septiembre 2025, recibidas 02, una (01) el 29/09/2025, respondida el 15/10/2025, una (01) el 29/09/2025, respondida el 15/10/2025 Octubre 2025, recibida 01, el 09/10/2025 respondida el 24/10/2025 Noviembre 2025, recibida 00 Diciembre 2025, recibida 00 Evidencias: Encuesta de clima laboral y encuesta de satisfacción al usuario, QDRS, 311.	
--	--	--

--	--	--

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora																				
Resultados de Indicadores relacionados con: ⚡El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	En cuanto a la Producción Hospitalaria podemos mostrar los siguientes indicadores.																					
	Atenciones en general.																					
	Productividad comparativa																					
	<table><tr><td>AÑO</td><td>Productividad consulta</td><td>Productividad emergencias</td><td>Productividad laboratorio</td></tr><tr><td>2022</td><td>126,475 atenciones</td><td>53,787 atenciones</td><td>300,833 atenciones</td></tr><tr><td>2023</td><td>133,556 atenciones</td><td>75,376 atenciones</td><td>310.112 atenciones</td></tr><tr><td>2024</td><td>141,533 atenciones</td><td>68,351 atenciones</td><td>304,447 atenciones</td></tr><tr><td>2025</td><td>134,305 atenciones</td><td>65,292 atenciones</td><td>341,554 atenciones</td></tr></table>		AÑO	Productividad consulta	Productividad emergencias	Productividad laboratorio	2022	126,475 atenciones	53,787 atenciones	300,833 atenciones	2023	133,556 atenciones	75,376 atenciones	310.112 atenciones	2024	141,533 atenciones	68,351 atenciones	304,447 atenciones	2025	134,305 atenciones	65,292 atenciones	341,554 atenciones
	AÑO		Productividad consulta	Productividad emergencias	Productividad laboratorio																	
	2022		126,475 atenciones	53,787 atenciones	300,833 atenciones																	
2023	133,556 atenciones	75,376 atenciones	310.112 atenciones																			
2024	141,533 atenciones	68,351 atenciones	304,447 atenciones																			
2025	134,305 atenciones	65,292 atenciones	341,554 atenciones																			

Meta proyectada y meta alcanzada

Productos Terminales	Unidad de Medida	Meta Lograda Año 2023	Meta Proyectada a Lograr Año 2024	Meta Proyectada Año 2025
Servicio de Consulta Externa	Consultas	133556	141.342	149.927
Primera Vez		32644	37463	42993
Subsecuente		100912	103879	106933
Servicio de Emergencia	Consultas	75376	60.579	55.990
Emergencias		75376	60579	55990
Servicio Hospitalización	Egresos	8980	7.419	6.860
Medicina General			0	0
Cirugía General		1599	1.433	1284
Ginecología		542	631	735
Obstetricia		2366	1.417	849
Pediatría		1230	804	526
Cardiología		2	0	0
Gastroenterología		13	1	0
Endocrinología			0	0
Medicina Interna		1273	1.635	2100
Ortopedia		293	214	156
Neumología		2	0	0
Cardiología				
Cuidados Intensivos		209	361	624
Otros		1451	923	587
Servicios de Apoyo Diagnóstico		368324	382.709	397.788
Análisis de Laboratorio	Pruebas	310.112	319677	329537
Servicio de Imágenes	Imágenes	58.212	63032	68251

En POA alcanzamos u 95% de cumplimiento interno

Evidencias:

Reporte de productividad por área 67A y repositorio SNS, ME, POA.

2.El uso de herramientas digitales de información y comunicación.

En los resultados de la encuesta en la dimensión uso de la tecnología se obtuvimos los siguientes resultados en el 2023.

Uso de la tecnología 89,42%

Comunicación 90,77%

Resultados de la encuesta clima laboral 2025.

Obtuvimos los siguientes resultados.

Uso de la tecnología 76.83%

	Comunicación 86,33%. Contamos con la NORTIC E1, A2 Y A3 por la OPTIC para el uso correcto de las redes sociales. Contamos con página web, redes sociales, correos electrónicos departamentales, Evidencia: encuesta clima laboral 2023 y 2025, NORTIC.	
3.El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).	En los resultados de la encuesta de clima laboral en la dimensión capacitación especializada y desarrollo se obtuvo 85.33% de satisfacción. En 2024 se ha capacitado a 391 colaboradores., que corresponde a un 25% de colaboradores, con un 16% mayor que el año 2023 Capacitaciones 2025, 20 % del personal capacitado internamente, 15 % capacitado por el SRSO y 5% capacitado por el SNS Evidencias: Plan de capacitaciones 2024 y 2025, seguimiento al plan de capacitaciones	
4.Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	Nuestra institución reconoce al empleado y expresa sus logros en público en las entregas de guardia y reuniones especiales. Realizamos reconocimiento en el día de las secretarías y día del trabajador. En la fecha que la institución cumple años, reconoce el tiempo y trayectoria de los empleados. En la Encuesta de Clima Laboral en la dimensión de Reconocimiento Laboral obtuvimos un 88% Evidencias: Fotos, minutas, encuesta de clima laboral.	

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

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

I.El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	Brindamos apoyo a los grupos de interés dando respuesta oportuna a las necesidades que estos identifican en los diferentes sectores como ejemplo de ello son las visitas domiciliarias, charlas sobre violencia de género y educación. Nuestros residentes de medicina familiar y geriatría junto con su MA realizan las visitas comunitarias a aquellos envejecientes y discapacitados que no pueden trasladarse al centro. Ayuda a operativos médicos. Jornada Quirúrgica de Neurocirugía y Vascular (Hernia Discal, Prótesis Aorta Bifemoral, Endarterectomía Carotídea, Tumor Gigante de Glándula Submaxilar). Procedimientos de Alto Costo. Jornada Quirúrgica de cirugía de colocación de malla protésica a pacientes con hernia inguinal e incisionales para un total de 15 pacientes. Colaboración Jornada Quirúrgica de colecistectomía Laparoscópica en el Hospital Dr. Ney Arias Lora. En el 2023-2024 jornadas con operación sonrisa. 2025 Madre sufrió violencia intrafamiliar, dejada por muerte en una cañada. Charla sobre uso responsable del agua. Apertura oficina de IDOPPRIL en las instalaciones del centro de salud Hemos ejecutado limpieza de todo el perímetro del hospital con la participación de instituciones comunitarias como el ayuntamiento, los bomberos, grupos organizados comunitarios, entre otros. Nuestra comunidad nos valora con un alto índice de satisfacción ya que abarcamos más de un 95% de sus necesidades, siendo el hospital de más alto nivel de nuestra demarcación y por ser los Alcarizos un municipio alejado de la ciudad representamos un componente beneficioso socioeconómico. Nuestra participación en actividades humanitarias representa un fuerte en nuestra institución ya que contamos con	
--	---	--

	un enlace en la comunidad el cual nos mantiene informado inmediatamente sucede alguna situación en la que nosotros como centro de salud podemos aportar. Evidencias: Fotos de las visitas comunitarias, fotos y listados de las jornadas quirúrgicas, fotos de las limpiezas realizadas con ayuda de diferentes grupos, pagina web, encuesta de satisfacción al usuario, RIESS.	
2.La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	En la encuesta de Satisfacción al usuario se obtuvo con el siguiente porcentaje de satisfacción. Nosotros recibimos pacientes de todas las provincias, tanto referidos de otras instituciones, como por sus propios medios. Lo que nos hace pensar que somos elegidos por la buena reputación que tenemos en los servicios que brindamos. Encuesta de satisfacción año 2024 Satisfacción General 91.45%. Encuesta de satisfacción año 2025 Satisfacción General 94,35%. Aquí se refleja como el nivel de satisfacción va en aumento que se traduce en la mejora continua de la calidad de los servicios. Consulta externa 92.87% 2024 y 2025 de 93,93% Hospitalización 92.40% 2024 y 2025 93,06% Laboratorio 91.49% 2024 y 2025 de 95,48%. Emergencias 89.38% en 2024 y 2025 de 93,08%. Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario 2024 y 2025	
3.El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	Nuestra institución representa el fuerte a nivel de servicios de salud de estas localidades, representa una reducción de morbilidades medico patológicas transmisibles y no transmisibles. En nuestra localidad impacto socioeconómico ya que sus moradores debían transportarse a grandes distancias para conseguir servicios especializados de salud y nosotros brindamos desde servicios generales	

	médicos hasta subespecialidades. Tenemos en nuestra nomina una gran cantidad de empleados que residen en la localidad. A nivel nacional somos un hospital de referencia. Damos soporte a las universidades para rotación de médicos internos, pasantes y residentes. Somos referentes como hospital docente. 17 julio 2025 graduación de 15 médicos especialistas en medicina familiar y geriatría Primer diplomado de gestión hospitalaria. Exoneraciones de cuentas a usuario de bajo recursos. Exoneraciones de cuentas a colaboradores. Operativos médicos. Evidencias: Actividad de residencias médicas del hospital y personal que reside en los Alcarizos/ Cartera de Servicios, 67A producción de servicios, pagina web, exoneraciones, tableros dinámicos.	
4.El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).	Oopinión de nuestros empleados con la gestión actual han tenido la esperanza y la credibilidad de presentar sus inquietudes y necesidades, de las cuales ya varias han sido resueltas, lo que ha provocado la motivación de muchos empleados a mejorar la calidad de sus trabajos y a crecer el entusiasmo de que seguirán en mejoras de las condiciones existentes. Valoración del Portal de Transparencia 2022, 96.45 de 100%. 2023, 96.4 DE 100% 2024, 99.4 de 100% 2025, 97,45% de 100% Nuestros usuarios por medio de las expresiones verbales, encuestas al usuarios nos evidencias tener una gran credibilidad y seguridad de sus expedientes, que nuestros valores y éticas predominan en nuestros proveedores. Evidencias:	

	Encuesta de clima laboral/ encuesta de satisfacción al usuario/ Portal de Transparencia.																																		
5.Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).	Utilizamos el Siscompra para realizar todas las compras de lo planificado en PACC. Con relación a los productos reutilizables como es el caso de los cartuchos de las impresoras para ser amigables con el medio ambiente, de igual manera se garantiza utilizar las diferentes plataformas digitales para evitar imprimir y de esta forma se evita el uso de las impresoras y el papel Tomamos en cuenta el impacto a nivel local por lo que se implementó la compra de los alimentos Agrícolas, se realizan asegurando la sostenibilidad a nivel local El Hospital Vinicio Calventi inauguró el 9 de enero 2024 una nueva área para realizar estudios de Ecocardiograma, Holter las 24 horas, beneficiando a la población de Los Alcarrizos. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mes</th><th>Promese CAL (RD\$)</th><th>Compras Administrativas (RD\$)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ene-25</td><td>3.647.659,78</td><td>2.564.979</td></tr> <tr> <td>feb-25</td><td>3.599.182,62</td><td>13.360.580,73</td></tr> <tr> <td>mar-25</td><td>2.914.716,74</td><td>5.490.217,66</td></tr> <tr> <td>abr-25</td><td>3.240.347,82</td><td>10.895.236,00</td></tr> <tr> <td>may-25</td><td>3.763.550,43</td><td>6.400.633</td></tr> <tr> <td>jul-25</td><td>2.741.927,90</td><td>10.320.822,38</td></tr> <tr> <td>ago-25</td><td>2.737.350,11</td><td>7.863.095,61</td></tr> <tr> <td>sep-25</td><td>2.753.242,06</td><td>10.275.325,42</td></tr> <tr> <td>oct-25</td><td>3.077.817,80</td><td>7.822.226,75</td></tr> <tr> <td>Total (RD\$)</td><td>24,475,795,26</td><td>74,993,117</td></tr> </tbody> </table> Evidencias: Portal Transaccional, Pa cc, Siscompra, .	Mes	Promese CAL (RD\$)	Compras Administrativas (RD\$)	ene-25	3.647.659,78	2.564.979	feb-25	3.599.182,62	13.360.580,73	mar-25	2.914.716,74	5.490.217,66	abr-25	3.240.347,82	10.895.236,00	may-25	3.763.550,43	6.400.633	jul-25	2.741.927,90	10.320.822,38	ago-25	2.737.350,11	7.863.095,61	sep-25	2.753.242,06	10.275.325,42	oct-25	3.077.817,80	7.822.226,75	Total (RD\$)	24,475,795,26	74,993,117	
Mes	Promese CAL (RD\$)	Compras Administrativas (RD\$)																																	
ene-25	3.647.659,78	2.564.979																																	
feb-25	3.599.182,62	13.360.580,73																																	
mar-25	2.914.716,74	5.490.217,66																																	
abr-25	3.240.347,82	10.895.236,00																																	
may-25	3.763.550,43	6.400.633																																	
jul-25	2.741.927,90	10.320.822,38																																	
ago-25	2.737.350,11	7.863.095,61																																	
sep-25	2.753.242,06	10.275.325,42																																	
oct-25	3.077.817,80	7.822.226,75																																	
Total (RD\$)	24,475,795,26	74,993,117																																	

6.Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	Nos apegamos a la Guía de Actuación de Seguridad Física para los Establecimientos de Salud suministrada por el SNS. Con el objetivo de definir las estrategias y protocolos en materia de seguridad física para los establecimientos de salud de la Red Pública del Servicio Nacional de Salud. Los colaboradores se unieron al Simulacro Nacional de Evacuación, convocado por el Centro de Operaciones de Emergencias (COE), con el propósito de fortalecer las estrategias de respuesta ante un eventual terremoto de gran magnitud que pudiera afectar a la República Dominicana. El ejercicio fue coordinado por el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres. Hemos realizado varias encuestas de clima laboral donde se percibe el por ciento o grado de satisfacción de nuestros servicios y empleados. Evidencias: Fotos del simulacro, Nómina de seguridad y movilidad interna de personal, Acta Constitutiva de Comité Hospitalario para Emergencias y Desastres, Guía de Actuación de Seguridad Física para los Establecimientos de Salud.	
7.Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).	Participamos en actividades de la iglesia católica, donde también realizamos actos en nuestra institución donde participan representantes de las iglesias de la demarcación. Las escuelas envían los estudiantes a realizar las horas de labor social. Escuelas de enfermería envían a realizar la pasantía de estos a nuestra institución. Nuestra ayuda en la comunidad es llevar nuestros servicios a esas comunidades, prestar espacio físico para sus capacitaciones por medio de nuestro personal a los estudiantes, pasantes, residentes. Cualquier institución pública y privada tiene las puertas abiertas para solicitar nuestra cooperación. Evidencias:	

	Operativos solicitados de manera externa/ pasantías de enfermería y psicología, pasantía politécnica, rotaciones de médicos internos, pre internos y residentes.	
8.Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Durante el año 2025 se logró fortalecer la imagen institucional del hospital a través de contenido estratégico, cobertura de efemérides, campañas de concienciación y comunicación constante. Se observa una mejora en la percepción digital, con disminución de comentarios negativos y aumento de interacciones positivas por parte de la ciudadanía. El año 2025 ha sido un año de crecimiento digital, fortalecimiento institucional y posicionamiento estratégico. Las métricas demuestran: ● Más seguidores ● Más interacciones ● Más impresiones ● Mayor alcance institucional La comunicación digital del hospital se ha consolidado como un pilar fundamental para informar, educar y conectar con la ciudadanía. La comunicación digital del hospital se ha consolidado como un pilar fundamental para informar, educar y conectar con la ciudadanía. El enfoque estuvo orientado a: ● Transparencia institucional ● Humanización de los servicios ● Cobertura de actividades médicas y administrativas ● Campañas educativas y preventivas ● Efemérides del sector salud ● Fortalecimiento de la imagen institucional Resumen de métricas anuales: ● Publicaciones realizadas: 577 ● Interacciones acumuladas: 29,600+	

	● Impresiones generadas: 1,238,000+ ● Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 11,421 a 15,438 seguidores ➤ +4,017 nuevos seguidores en 2025. Estas cifras evidencian un crecimiento sostenido, orgánico y estratégico, reflejando mayor posicionamiento institucional, alcance y participación ciudadana. INFORME REDES SOCIALES – FACEBOOK Durante el año 2025, Facebook continuó siendo un canal clave para la difusión de información institucional y comunicados oficiales, permitiendo mantener una comunicación directa con la comunidad. Resumen de métricas anuales: ● Publicaciones realizadas: 551 ● Interacciones acumuladas: 26,300+ ● Impresiones generadas: 747,000+ ● Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 1,486 a 1,724 seguidores ➤ +238 nuevos seguidores en 2025 Facebook permitió reforzar comunicados oficiales, cobertura de actividades y contenido institucional educativo. INFORME REDES SOCIALES – X (Twitter) Durante el año 2025, la cuenta oficial en X (Twitter) fue utilizada como canal complementario de información institucional, especialmente para comunicados breves y difusión inmediata. Resumen de métricas anuales: ● Publicaciones realizadas: 405 ● Interacciones acumuladas: 750+ ● Impresiones generadas: 4,200+	
--	---	--

	● Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 307 a 321 seguidores ➤ +14 nuevos seguidores INCORPORACIÓN DE THREADS Evidencias: Fotos de redes sociales, y audios enviados a la dirección, 311, informe de Carta Compromiso al Ciudadano, informe nivel de cobertura recibida en los medios de comunicación.	
--	--	--

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).	Contratamos los servicios de la empresa AIDSA dedicada al manejo de los desechos biológicos biológicos, certificada por el Ministerio de Medioambiente y Recursos Naturales, esta compañía cuenta con tecnología adecuada para el manejo y disposición final de desechos controlados y no controlados, con el fin de proteger el medio	

	ambiente y generaciones futuras. En cuanto al ahorro de energía tomamos algunas medidas para el ahorro de energía como son: Apagar las luces de las áreas administrativas, consulta externa y cocina, son las únicas áreas que nos permiten tener control de ahorros de energía. Por la naturaleza del centro los demás departamentos se mantienen en funcionamiento 24 horas y los equipos no se pueden desconectar porque pierden su calibración. Disponemos de un protocolo para la operación y mantenimiento de equipos de tratamiento del agua. Se realizan pruebas periódicas microbiológicas del agua, se lleva registro del análisis físico/químico del agua. La limpieza y desinfección del centro cuenta con personal entrenado. Se llevan registros diarios de la limpieza por área. Disponemos de la Campaña de protección del Medio Ambiente (interna y externa). Las normas de bioseguridad no nos permiten utilizar materiales reciclados, pero con relación a la basura es tratada y clasificada según las normas medioambientales y las normas de salud. Realizamos y participamos en actividades para preservar el medio ambiente y para el desarrollo de la comunidad de Los Alcarizos. Evidencias: Listado de proveedores con todos sus datos, manual de bioseguridad, acta del comité de bioseguridad, formulario de supervisión de apagado de luces. Supervisiones epidemiológicas, Fotos de planta de tratamiento de agua, contrato de basura,	
2.Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	El HDVC mantiene una excelente relación constante con las autoridades, grupos y representantes de la comunidad.	

	El 30 de enero 2024 Hospital Calventi juramenta Comité de Mejora Continua para la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente en Los Alcarrizos. El 5 de marzo 2024 Representante de UNICEF RD y Comitiva del Gobierno Británico Visitan Director del Hospital Calventi. El 14 de marzo 2024 Hospitales Ney Arias Lora y Vinicio Calventi realizan Benchmarking de Buenas Prácticas. El 21 de marzo 2024 Inauguran estacion del IDOPPRIL en el Hospital Calventi, con Dr. Fausto López Solís y el Dr. Edisson Félix Félix, del Servicio Regional Metropolitano de Salud (SRSM). El 04 de junio 2024, inauguración de sala Salud Mental en compañía de comunitarios y representantes de la sociedad. El 05 de agosto 2024, concluye diplomado de Gestión Hospitalaria impartido por INFOTEP. El 11 de septiembre 2024, operativo prevención de Cáncer de Mama. En el 2025, recibimos la visita del Infectologo Dr. Balcacer, El Dr. Martin Ortiz, Materno del SNS, el Dr. Cruz Jiminian y director de la DIDA. Existe una excelente relación entre los grupos sociales, autoridades municipales, provinciales y nacionales, nos mantenemos en constante comunicación con la finalidad de apoyarnos mutuamente e involucrarlos en todos los procesos de mejora que realiza el hospital. También se reúnen las autoridades gubernamentales, políticas, legislativas y religiosas. La institución posee contratos con las empresas aseguradoras de salud. (ARS).para la venta de servicios a sus afiliados. Evidencias: Lista de participación y fotos en las diferentes actividades donde participa la comunidad y autoridades. Redes sociales, pagina WEB del centro,	
--	--	--

	Contratos de todas las aseguradoras, reuniones con comunitarios, cartas del Director a los grupos más relevantes, redes sociales.	
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	El año 2025 ha sido un año de crecimiento digital, fortalecimiento institucional y posicionamiento estratégico. Las métricas demuestran: ● Más seguidores ● Más interacciones ● Más impresiones ● Mayor alcance institucional Uno de los logros más importantes del año 2025 ha sido: ● Disminución significativa de comentarios negativos ● Incremento notable de comentarios positivos ● Mayor interacción orgánica ● Fortalecimiento de la imagen pública del hospital A través de contenido institucional estratégico, educativo y humano, se ha elevado considerablemente la percepción positiva del Hospital Dr. Vinicio Calventi. La comunicación digital del hospital se ha consolidado como un pilar fundamental para informar, educar y conectar con la ciudadanía. El enfoque estuvo orientado a: ● Transparencia institucional ● Humanización de los servicios ● Cobertura de actividades médicas y administrativas ● Campañas educativas y preventivas ● Efemérides del sector salud ● Fortalecimiento de la imagen institucional Resumen de métricas anuales: ● Publicaciones realizadas: 577 ● Interacciones acumuladas: 29,600+ ● Impresiones generadas: 1,238,000+	

	● Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 11,421 a 15,438 seguidores ➤ +4,017 nuevos seguidores en 2025 Estas cifras evidencian un crecimiento sostenido, orgánico y estratégico, reflejando mayor posicionamiento institucional, alcance y participación ciudadana. INFORME REDES SOCIALES – FACEBOOK Durante el año 2025, Facebook continuó siendo un canal clave para la difusión de información institucional y comunicados oficiales, permitiendo mantener una comunicación directa con la comunidad. Resumen de métricas anuales: ● Publicaciones realizadas: 551 ● Interacciones acumuladas: 26,300+ ● Impresiones generadas: 747,000+ ● Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 1,486 a 1,724 seguidores ➤ +238 nuevos seguidores en 2025 Facebook permitió reforzar comunicados oficiales, cobertura de actividades y contenido institucional educativo. INFORME REDES SOCIALES – X (Twitter) Durante el año 2025, la cuenta oficial en X (Twitter) fue utilizada como canal complementario de información institucional, especialmente para comunicados breves y difusión inmediata. Resumen de métricas anuales: ● Publicaciones realizadas: 405 ● Interacciones acumuladas: 750+ ● Impresiones generadas: 4,200+ ● Crecimiento de la comunidad: La cuenta pasó de 307 a 321 seguidores ➤ +14 nuevos seguidores INCORPORACIÓN DE THREADS Durante el año 2025 se incorporó la red social Threads como nuevo canal institucional.	
--	---	--

	Aunque actualmente no se dispone de métricas acumuladas oficiales, esta red está siendo utilizada estratégicamente para: ● Ampliar el alcance institucional ● Diversificar los canales de comunicación ● Fortalecer la presencia digital del hospital ● Llegar a nuevos segmentos de audiencia CAMPAÑA ESPECIAL – MES DEL CÁNCER DE MAMA En el mes de octubre se desarrolló la campaña: “Amarte es Revisarte” Duración: 1 al 31 de octubre 2025 Objetivos: ● Concientizar sobre la prevención del cáncer de mama ● Promover chequeos médicos oportunos ● Sensibilizar a la población femenina La campaña incluyó: ● Participación activa de doctoras especialistas ● Integración del personal administrativo ● Producción de contenido audiovisual institucional ● Publicaciones educativas y testimoniales Esta campaña fortaleció la percepción preventiva y humana del hospital. COBERTURA DE EFEMÉRIDES DESTACADAS Durante el año se realizó cobertura constante de fechas conmemorativas relevantes del sector salud y sociedad: ● Día del Médico ● Día de las Enfermeras ● Día de la Mujer Médica ● Día de las Madres ● Día del Padre ● Día del Cáncer de Mama ● Independencia Nacional ● Efemérides sanitarias y campañas nacionales En el Día del Padre, se desarrolló una campaña especial motivando a los padres a realizarse	
--	--	--

	chequeos médicos preventivos, promoviendo la cultura del autocuidado masculino. CONTENIDO INSTITUCIONAL Y HUMANIZACIÓN Durante el 2025 se mantuvo una línea clara de: ● Comunicación institucional organizada ● Cobertura constante de actividades médicas ● Visibilidad de mejoras hospitalarias ● Humanización del personal ● Transparencia en informaciones oficiales Se fortaleció la participación tanto del cuerpo médico como del personal administrativo en los contenidos, reforzando la identidad institucional. MEJORA EN LA PERCEPCIÓN INSTITUCIONAL Uno de los logros más importantes del año 2025 ha sido: ● Disminución significativa de comentarios negativos ● Incremento notable de comentarios positivos ● Mayor interacción orgánica ● Fortalecimiento de la imagen pública del hospital A través de contenido institucional estratégico, educativo y humano, se ha elevado considerablemente la percepción positiva del Hospital Dr. Vinicio Calventi. Durante el año 2025 se logró fortalecer la imagen institucional del hospital a través de contenido estratégico, cobertura de efemérides, campañas de concienciación y comunicación constante. Se observa una mejora en la percepción digital, con disminución de comentarios negativos y aumento de interacciones positivas por parte de la ciudadanía. Evidencias: Comunicados de prensa (audiovisuales y escritos), fotografías de visitas políticas y de instituciones públicas y privadas, fotos de la entrevista en matinal canal 5 y gobierno de la mañana, OAI, pagina web.	
--	--	--

4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).	El hospital cuenta con varios programas de apoyo para favorecer a las personas en situación de desventajas. En nuestra nomina tenemos personal con diferentes capacidades Asistimos a las personas que no tenga seguro médico y que solicitan de nuestros servicios, sin importar su raza, nacionalidad, preferencia sexual, discapacidad, filiación política, religiosa o clase social. Cantidad de colaboradores femeninas 1.021 Cantidad de colaboradores masculinos 339 Cantidad de enfermeras 276 Cantidad de médicos 382 Personal de licencia médica 22 Personal en proceso de pensión 4 Personal de licencia médica recurrente 10 Personal discapacitado 7 Nuestras autoridades mantienen siempre preocupación por las necesidades de nuestros empleados tanto de trabajo como personales. Colaborando siempre en la ayuda de medicamentos, tratamientos, pagos a centros de salud y siendo responsable de exoneraciones por gastos incurridos por servicios dentro del hospital. Evidencias: Nomina personal con diferentes capacidades, Fotos de operativos, listado de personas atendidas, ayuda en pago de medicamentos, exoneraciones, ayuda para empleados en necesidades externas.	
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	Nuestro personal médico y administrativo colabora en los operativos que hemos sido convocados en nuestras comunidades y fuera de ellas, tanto por instituciones públicas o privadas, ONGs, Todo nuestro personal está siempre en la disponibilidad de colaborar desde médicos generales, especialistas,	

	especialistas, enfermería, siempre con un equipo coordinador y de seguridad. Participamos en la caminata por tu salud de nuestra comunidad, caminata en conjunto con iglesias y escuelas en diferentes fechas del año Jornada científica Día de las madres Graduación de médicos especialistas medicina familiar y geriatría. Conmemoración del día mundial contra el trabajo infantil Evidencias: Fotos de los operativos. Fotos en las redes sociales, pagina web.	
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	Sostenemos de manera regular el intercambio productivo de conocimientos e información, lo que se evidencia en los siguientes resultados: El 14 de marzo 2024 Hospitales Ney Arias Lora y Vinicio Calventi realizan Benchmarking de Buenas Prácticas. Benchlearning 2024 con el hospital pediátrico Robert Reid Cabral. El 02 de abril 2024, charla sobre el uso responsable del agua. El 04 de junio 2024, inauguración de sala Salud Mental en compañía de comunitarios y representantes de la sociedad. El 05 de agosto 2024, concluye diplomado de Gestión Hospitalaria impartido por INFOTEP. El 11 de septiembre 2024, operativa prevención de Cáncer de Mama. También recibimos cuatro delegaciones del SNS quienes fueron a conocer los avances del sistema de gestión documental del centro, bioseguridad, odontología, materno infantil. Nosotros recibimos estudiantes de las siguientes universidades, UASD, UTESA, INTEC.	

Conferencias 2025

Derechos y deberes de enfermería	32
Importancia y Tratamiento de los pacientes con Tuberculosis	17
Implementación de los instrumentos de los expedientes clínicos y su aplicación para la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería	33
Enfermedades más frecuentes del RN y el PAE	21
Importancia de la hidratación y sus componentes	25
Roles y funciones de encargadas y supervisoras de enfermería	27

El departamento de atención al usuario tiene el deber de realizar cada día charlas sobre instrucción sobre todos los sistemas utilizados en el centro, sobre lactancia materna, cuidado de su salud, humanización de los servicios, derechos y deberes de los usuarios. En el área de internamiento tenemos un equipo de enfermería y médicos generales que dan charlas a los usuarios sobre lactancia materna, la importancia de acudir a sus chequeos, cuidado del puerperio y Recién Nacido. Evidencias:
Charlas de atención al usuario, listado de participantes de las charlas de lactancia materna,

	fotos del benchmarking, fotos de los estudiantes de diferentes universidades.	
7.Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	Tenemos varios programas como el de Atención Integral de Adolescente, Programa Mama Canguro, Con UNICEF el programa de la iniciativa madre y bebe sano. Con el COIN contamos con el departamento de atención integral y departamento de TB, monitorizado por el departamento de epidemiologia, pruebas gratis y suministro de medicación gratuita, pre y post consejería. Contamos con una unidad de TB. Contamos con la unidad de prevención de crisis. Programa del PAI, planificación familiar, prevención Cáncer Cervico Uterino y Cáncer de mama. Unidad de intervención en crisis. Oficina de Salud Ocupacional donde se dirigen todas las licencias médicas y llenan la matriz de riesgo laboral, contamos con el manual de riesgos laborales. Contamos con la oficina de IDOPPRIL Evidencias: Programa de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio,100 participantes Planificación Familiar, 277 participantes Programa de Vacunas, 350 personas Prevención de ITS/SIDA Prevención del Cáncer Cervico Uterino y Ca de mama ,100 participantes Unidad de tuberculosis y servicio de atención integral (SAI), 55 partipantes Medicamentos recibidos del SRSO para ser entregados a los pacientes, Unidad de intervención en crisis. Oficina de IDOPRIL y matriz de riesgo laborales. 45 Participantes. Evidencias: Fotos y listados de participantes,	

8.Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	Nuestra institución acorde con los operativos que realizamos, ayuda a los ciudadanos, cliente, empleados, son expuestos en el presupuesto. El departamento de atención al usuario tiene el deber de realizar cada día charlas sobre instrucción sobre todos los sistemas utilizados en el centro, sobre lactancia materna, cuidado de su salud, humanización de los servicios, derechos y deberes de los usuarios. En el área de internamiento tenemos un equipo de enfermería y médicos generales que dan charlas a los usuarios sobre lactancia materna, la importancia de acudir a sus chequeos, cuidado del puerperio y Recién Nacido. El 02 de abril 2024, charla sobre el uso responsable del agua. La gestión administrativo financiero realizada cada año el informe de sostenibilidad del centro y se muestra la comparación el año anterior de gestión. También se reporta a través de la memoria institucional. Evidencia: Presupuesto, charlas fotos y listado de participantes, Memoria Institucional.	
9.Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	En octubre 2025 realizamos un informe de situación de consumo energético, que concluyo en lo siguiente: Con la puesta en marcha del estudio de factibilidad, usaremos los indicadores de consumo energético, tales como kWh/cama/día, kWh/empleado/día, canalizado a través de reuniones y planes entre el personal administrativo, médico y de áreas de apoyo	

	permiten conocer en detalle el comportamiento de nuestro centro hospitalario. Con la propuesta de la incorporación de todas las áreas al sistema de ahorro energético, podemos implementar actividades, como el uso de indicadores y la determinación de la distribución del consumo eléctrico, como plan de seguimiento de la adecuación de nuestra estructura eléctrica y la optimización en el uso y el consumo eficiente de la energía, que nos es suministrada. Con estas acciones se ejercerá una mejor administración de los recursos institucionales y se disminuirá el impacto ambiental de la actividad hospitalaria. Entre las alternativas en consonancia con el ahorro energético, hemos encontrado alternativas viables en conjunto, como son instalación de temporizadores en el área de Consulta Externa, cortinas de aire como soporte a las unidades de aire central, continuar con la sustitución completa de luminarias por unidades de menor consumo, en las pocas estancias que faltan, dar mantenimiento preventivo, en esencia, a los equipos eléctricos y biomédicos; promocionar el apoyo nacional e internacional a la gestión ambiental a través de charlas y de distribución de material educativo dentro del hospital y en medios electrónicos. Para este año 2024 y 2025, la reducción del consumo energético ha disminuido en vista de que todos los equipos de áreas de consulta son apagados al concluir esta. Evidencia: Informe de situación consumo energético del Hospital Dr. Vinicio Calventi, octubre 2025. Informe 2025, Foto de los equipos apagados y áreas cerradas, plantilla de pagado y encendido de equipos.	
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	El hospital tiene contratada una compañía que recoge los residuos comunes y contaminados, 2	

	veces por semana, no usamos incinerador ya que producen emisiones altamente tóxicas al aire y se liberan nanopartículas tóxicas. Para el manejo de desechos contaminantes. Evidencia: Contrato con compañía AIDSA y fotos de camiones del ayuntamiento recogiendo los desechos.	
II. Política de residuos y de reciclado.	Contamos con el contrato de AIDSA para el manejo de desechos contaminantes, la cual está certificada por el Ministerio de Salud para la eliminación de dichos Desechos y con el ayuntamiento de los alcarizos que dispone de los desechos comunes. Contamos con el protocolo de manejo de residuos sólidos, este se ha socializado a todo el personal de la institución, así también con la ruta de evacuación de desechos sólidos. Contamos con nuestro manual de bioseguridad institucional, el cual está en plena implementación en todos los departamentos. Manual de Manejo de Desechos Hospitalarios. Evidencias: Contrato con AIDSA y alianza con ayuntamiento del municipio los alcarizos, manuales, fotos ruta de evacuación, talleres, charlas.	No tenemos el manual de bioseguridad actualizado, ni el de desechos hospitalarios

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

Considere los resultados logrados por la organización, en relación con lo siguiente:

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	Nuestros indicadores de calidad de los principales servicios para el año 2025 fueron los siguientes.	

	<table><tr><th>AREA</th><th>2024</th><th>2025</th><th>Crecimiento 2025</th></tr><tr><td>Consulta</td><td>141.533</td><td>134,305</td><td></td></tr><tr><td>Emergencias</td><td>68.351</td><td>65,292</td><td></td></tr><tr><td>Hospitalización</td><td>8.619</td><td>8,137</td><td></td></tr><tr><td>Laboratorio</td><td>304.447</td><td>341,554</td><td>89.1%</td></tr><tr><td>Cirugías</td><td>7.100</td><td>10,199</td><td>69%</td></tr><tr><td>Partos</td><td>1.610</td><td>1489</td><td></td></tr></table> Carta Compromiso al Ciudadano 99% Índice de satisfacción al Usuario 93% Estructura organizativa y manual de organización y funciones 100% Acuerdo desempeño 100% Portal de transparencia 99% Portal Transaccional 84.28 Evidencias: Memoria Anual, Repositorio SNS. 67-A, 72-A,	AREA	2024	2025	Crecimiento 2025	Consulta	141.533	134,305		Emergencias	68.351	65,292		Hospitalización	8.619	8,137		Laboratorio	304.447	341,554	89.1%	Cirugías	7.100	10,199	69%	Partos	1.610	1489		
AREA	2024	2025	Crecimiento 2025																											
Consulta	141.533	134,305																												
Emergencias	68.351	65,292																												
Hospitalización	8.619	8,137																												
Laboratorio	304.447	341,554	89.1%																											
Cirugías	7.100	10,199	69%																											
Partos	1.610	1489																												
2.Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	Nuestra meta proyectada para los 2024, 2025 fueron superadas ambas. Cantidad de usuarios beneficiados por los servicios brindados <table><tr><th>AREA</th><th>2024</th><th>2025</th><th>Crecimiento 2025</th></tr><tr><td>Consulta</td><td>141.533</td><td>134,305</td><td></td></tr><tr><td>Emergencias</td><td>68.351</td><td>65,292</td><td></td></tr><tr><td>Hospitalización</td><td>8.619</td><td>8,137</td><td></td></tr><tr><td>Laboratorio</td><td>304.447</td><td>341,554</td><td>89.1%</td></tr><tr><td>Cirugías</td><td>7.100</td><td>10,199</td><td>69%</td></tr><tr><td>Partos</td><td>1.610</td><td>1489</td><td></td></tr></table> Disminución de la tasa de morbilidad de Dengue, cólera, ZIKAVIRUS. La visita domiciliaria ha hecho que nuestros ciudadanos con las diferentes discapacidades pueden recibir las atenciones y medicamentos necesarios. Transparencia financiera	AREA	2024	2025	Crecimiento 2025	Consulta	141.533	134,305		Emergencias	68.351	65,292		Hospitalización	8.619	8,137		Laboratorio	304.447	341,554	89.1%	Cirugías	7.100	10,199	69%	Partos	1.610	1489		
AREA	2024	2025	Crecimiento 2025																											
Consulta	141.533	134,305																												
Emergencias	68.351	65,292																												
Hospitalización	8.619	8,137																												
Laboratorio	304.447	341,554	89.1%																											
Cirugías	7.100	10,199	69%																											
Partos	1.610	1489																												

	con la implementación de todas las compras a través del portal transaccional. Evidencias: POA 2024, 2025 formularios 67A y 72A, repositorio SNS, compras a través del portal transaccional, fotos visitas domiciliarias																													
3.Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	A nivel de la consulta con relación al año 2024 y 2025, tuvimos un incremento de un 67%, ya que todas las consultas fueron reanudadas. En el área de emergencias también reflejo un incremento de 53% con relación al año anterior. En el servicio de hospitalización también se reflejó un incremento de 54.5% con relación al año anterior. Crecimiento 2024, 2025 <table><tr><td>AREA</td><td>2024</td><td>2025</td><td>Crecimiento 2025</td></tr><tr><td>Consulta</td><td>141.533</td><td>134,305</td><td></td></tr><tr><td>Emergencias</td><td>68.351</td><td>65,292</td><td></td></tr><tr><td>Hospitalización</td><td>8.619</td><td>8,137</td><td></td></tr><tr><td>Laboratorio</td><td>304.447</td><td>341,554</td><td>89.1%</td></tr><tr><td>Cirugías</td><td>7.100</td><td>10,199</td><td>69%</td></tr><tr><td>Partos</td><td>1.610</td><td>1489</td><td></td></tr></table> Evidencias: POA 2024, 2025, 67A y repositorio SNS.	AREA	2024	2025	Crecimiento 2025	Consulta	141.533	134,305		Emergencias	68.351	65,292		Hospitalización	8.619	8,137		Laboratorio	304.447	341,554	89.1%	Cirugías	7.100	10,199	69%	Partos	1.610	1489		
AREA	2024	2025	Crecimiento 2025																											
Consulta	141.533	134,305																												
Emergencias	68.351	65,292																												
Hospitalización	8.619	8,137																												
Laboratorio	304.447	341,554	89.1%																											
Cirugías	7.100	10,199	69%																											
Partos	1.610	1489																												
4.Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	Como grado de cumplimiento de los contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización, el centro posee contratos vigentes con 18 aseguradoras, de las 18 aseguradoras del mercado dominicano para un 100% de grado de cumplimiento (ARS), lo que hace cada día más exigente el mantener los estándares de calidad de la atención y convenios con diferentes entidades como son UASD, UTESA, INTEC, UNPHU, Hospital Central Fuerzas Armadas, Hospital Militar Ramón de Lara, Hospital Luis Edwardo Aybar. En conclusión el Hospital posee un grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las																													

	autoridades y la organización de un 90% a nivel general. El grado de cumplimiento de los contratos y acuerdos entre las autoridades y la organización se ve reflejada en el cumplimiento de la certificación de habilitación de los servicios, también a través de las evaluaciones del POA, transparencia de la DIGEIG, SISMAP SALUD Evidencias: Contratos ARS, informe del departamento de enseñanzas, Sismap SALUD, POA, Habilitación del hospital y servicios, Ministerio Salud Publica a través del cumplimiento de los indicadores priorizados.	
5.Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	El Servicio nacional de Salud a través del Departamento de Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud, de abril 2025, realizó un monitoreo de las prácticas clínicas en los servicios materno neonatal en cuanto a humanización. En dicho monitoreo obtuvimos un cumplimiento general de 93%, durante la consulta prenatal, 95% parto, parto y recién nacido 91% y 93% en post alumbramiento respectivamente, lo cual refleja un avance gradual en todas las áreas. Evaluación respecto a las observaciones de la atención directa 2025 Valoración en cuanto a morbilidades materna. Trastornos hipertensivos del embarazo 79% Desprendimiento prematuro de placenta 76% Sepsis neonatal 80% Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido 88% Valoración en cuanto a morbilidades pediátricas. Neumonía en niños mayores de 2 meses 95%. Enfermedad diarreica aguda en niños 64% Valoración de la correcta aplicación de la lista de verificación de la cirugía. Revisión de expediente 89% Observación directa 49%	No tenemos el certificado de la renovación de la Habilitación de los servicios.

	Promedio 69% Evidencias: Informe abril 2025 de los servicios. Certificados de habilitación.	
6.Resultados de la innovación en servicios/productos.	La innovación de nuevos servicios incluyo la creación los siguiente: Área de Facturación 2021. Apertura del segundo nivel del área de internamiento 2021. Unidad de Nutrición 2021. Triaje respiratorio 2021. Apertura Unidad remozada de Gastroenterología 2022 Apertura de la nueva emergencia y trauma shock enero 2022. Apertura unidad de Hemodiálisis febrero 2022. Departamento de Protocolo mayo 2022. Reingenieria departamento de Atención al Usuario. Carnetizacion de los empleados 2021-2022-2023. Habilitación de máquina de oxígeno. Climatización de los consultorios 2da etapa. Iluminación del centro de salud 2da etapa. Instalación de los buzones de quejas y sugerencias en las diferentes áreas del centro 2021 y 2022 Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN, Cartera de Servicios e Innovaciones 2021 -2022 Implementación entrega de la Cedula del Recién Nacido 2022 Implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja 2022-2023. Sistema Osmosis modernizado 2021-2022 Donación de Ambulancia 2022. Reajuste Salarial al personal nombrado primera etapa y segunda etapa 2022-2023	

	Reingeniería del área de esterilización Unidad Atención Integral de adolescentes 2022. Hospitalización Mama Canguro 2023, consulta externa 2024. Apertura y funcionamiento del tomógrafo 2023 Unidad de dermatología y cosmeatría 2023 Unidad de ecocardiograma, Holter 2023-2024 Cirugía plástica y bariátrica 2023-2024. Remodelación del área de Endoscopia y Colonoscopia 2023-2024. Remodelación de la Unidad de hemodiálisis 2025. Remodelación Sala de lactancia materna 2025. Capilla 2025. Pago deudas a médicos de 19 millones de pesos 2025. Reajuste de sueldo a médicos, enfermeras y personal administrativo 2025. Datacenter 2025 Resguardo de documentos en CLARO CLOUD 2025 Evidencias: Fotos de las áreas, nómina y contratos, TICs	
7.Resultados de la implementación de reformas del sector público.	Cumplimos con el marco legal y normativo de las instituciones que rigen el Sistema Nacional de Salud. Nuestros empleados están protegidos por las Leyes 42-01 General de Página 238 de 249 de Salud, Ley 87-01 de Seguridad Social y Ley 41-08 de Función Pública, entre otras. Disminución de deudas, reducción nomina interna Plan de mejora CAF 100% Carta Compromiso al Ciudadano 99% Índice de satisfacción al Usuario 93% Estructura organizativa y manual de organización y funciones 100% Acuerdo desempeño 100% Portal de transparencia 99% Portal Transaccional 84.28% Evidencias:	

	Leyes y documentos de reforma sector salud, informes financieros. Siscompra, portal transaccional.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	La institución cuenta con colaboradores voluntarios como los son: El cuerpo de bomberos nos ayuda en la limpieza de las cisternas y áreas verdes. Escuelas públicas realizan las 60 horas de labor social. Estudiantes de enfermería. Rotantes de medicina y subespecialidades de la UASD, Hospital de las Fuerzas Armadas, Hospital Ramón de Lara, INTEC, todos estos en número variable de acuerdo al número disponible para rotar por ciclo. El ayuntamiento quien recoge los residuos sólidos comunes. Evidencias: Fotos de limpieza, fotos de rotantes, e informe del departamento de enseñanzas.	

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	. En cuanto a la eficiencia de gestión clínica el centro ha mantenido en 4,35 días el promedio de estadía durante el 2025, manteniendo este indicador por debajo de la meta (que es 5 días), lo que resume el aprovechamiento de las camas y la agilidad de los servicios prestados en el hospital. En cuanto al uso de los consultorios médicos, los resultados obtenidos en el indicador de rendimiento de consultas externas reflejan un Uso óptimo presentados dentro del rango promedio en base a la meta, que es de un 100%. Nuestra infraestructura consta con 9 quirófanos, distribuidos en el segundo y tercer nivel, a nivel de internamiento en la actualidad manejamos 160 camas. Contamos con un edificio donde se encuentran las oficinas administrativas. Un segundo edificio con las áreas de consultas, seguros médicos. Un tercer edificio que maneja las áreas de	

emergencias, internamiento, UCI, hemodiálisis, laboratorio e imágenes, otro edificio donde estas las áreas de apoyo como son cocina, lavandería, esterilización costurera, almacenes. Y oro edificación donde se maneja mantenimiento. El área de TB es una edificación fuera del área de asistencia. La eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles, se analiza mediante los análisis de las ejecuciones presupuestarias, cumplimiento de plan de compras y contrataciones, índice de rotación y de movilidad delos recursos humanos. Análisis financiero del ingreso vs el gasto.

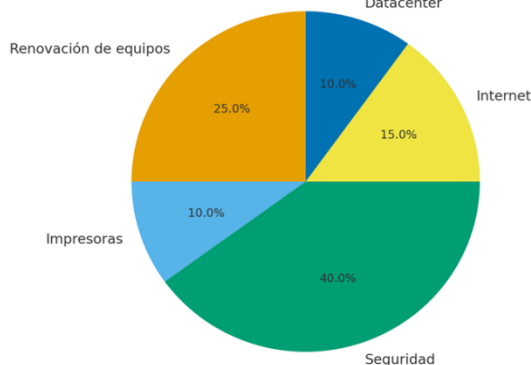


Mes	Promese CAL (RD\$)	Compras Administrativas (RD\$)
ene-25	3.647.659,78	2.564.979
feb-25	3.599.182,62	13.360.580,73
mar-25	2.914.716,74	5.490.217,66
abr-25	3.240.347,82	10.895.236,00
may-25	3.763.550,43	6.400.633
jul-25	2.741.927,90	10.320.822,38
ago-25	2.737.350,11	7.863.095,61
sep-25	2.753.242,06	10.275.325,42
oct-25	3.077.817,80	7.822.226,75
Total (RD\$)	24,475,795,26	74,993,117



Recursos humanos en el 2025 fue de 1360 colaboradores. El personal médico y administrativos y en la gestión del conocimiento a través de la gerencia de capacitación se realizan actividades en pro del colaborador y la institución con cursos, talleres, diplomados y conferencias, dirigidos a elevar el buen desempeño profesional del colaborador y la atención en salud Evidencias:

Nómina, fotos de las áreas, análisis Financiero Ingreso vs Gasto, Balance General, Ejecución Presupuestaria, Índice de Rotación del Personal, Índice de movilidad, Evaluación acuerdos de desempeño, Análisis Costo beneficios de los servicios.

2.Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Seguimos manteniendo el tiempo de facturación de pacientes egresados de dos horas, fue un logro que mantenemos desde el año pasado donde hubo una reducción de 4 horas a 2 horas de espera. La resolución de la lista de espera por procedimientos quirúrgicos de 100%. Atenciones de 20 pacientes diarios en la unidad de hemodiálisis. Todas las consultas llenas a su máxima capacidad En el área de emergencias también reflejo un incremento con relación al año anterior. En el servicio de hospitalización también se reflejó un incremento con relación al año anterior. Con relación a los servicios de Cirugía General y Partos se mantuvo el incremento. Datacenter 2025 Resguardo de documentos en CLARO CLOUD 2025 Inclusión de la nueva red social THREAD Distribución de las Mejores Tecnológicas (Junio–Noviembre 2025) <table><caption>Distribución de las Mejores Tecnológicas (Junio–Noviembre 2025)</caption><tr><th>Tecnología</th><th>Porcentaje</th></tr><tr><td>Seguridad</td><td>40.0%</td></tr><tr><td>Internet</td><td>15.0%</td></tr><tr><td>Renovación de equipos</td><td>25.0%</td></tr><tr><td>Impresoras</td><td>10.0%</td></tr><tr><td>Datacenter</td><td>10.0%</td></tr></table> Evidencias: 67A, tablero de mando, informe del viceministerio de la calidad de los servicios de salud, TICs.	Tecnología	Porcentaje	Seguridad	40.0%	Internet	15.0%	Renovación de equipos	25.0%	Impresoras	10.0%	Datacenter	10.0%	
Tecnología	Porcentaje													
Seguridad	40.0%													
Internet	15.0%													
Renovación de equipos	25.0%													
Impresoras	10.0%													
Datacenter	10.0%													

3.Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	En cuanto al benchmarking, en 2022 fuimos visitados por el Hospital Dr. Reynaldo Almanzar, en el 2023 Y 2024 visitamos el hospital traumatológico Dr. Ney Arias Lora, observando las buenas prácticas de la gestión de calidad de su hospital y a la vez dándonos exhortaciones de cómo mejorar algunos procesos. 2025 realizamos benchmarking con el Hospital Robert Read, Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA) Y Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Los puntos manejados fueron el liderazgo, el cual nos permitió entender la importancia de este, por lo realizamos talleres de empoderamiento y trabajo en equipo, lo que ha motivado al personal estar más integrado en las tareas del centro. Les enseñamos nuestras instalaciones de facturación, compra y nuevas áreas de apertura reciente. Otro punto tratado fue la presentación de la metodología CAF y como esto le ha permitido ganar premios a la calidad y mejorar la calidad de sus áreas de trabajo y empoderamiento del personal. Esto nos llevó a realizar un mejor autodiagnóstico CAF y su implementación en nuestro centro. A nivel de atención al Usuario observamos la organización, el número de personas que lo integran, lo que nos llevó a la reingeniería de nuestra unidad de atención al usuario. También recibimos cuatro delegaciones del SNS quienes fueron a conocer los avances del Sistema de gestión documental del centro, bioseguridad, odontología, materno infantil. Esto nos llevó a reformular los planes de mejora de acuerdo a los indicadores establecidos por cada área, en el cumplimiento de las metas exigidas por el SNS y las metas internas de nuestro centro. Evidencias: Informes de Benchmarking, fotos.	
4.Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	Como grado de cumplimiento de los contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización, el centro posee contratos vigentes con 18 Administradoras de Riesgo de Salud, de las 18 aseguradoras del mercado dominicano para un 100% de cumplimiento (ARS), lo que hace cada día más exigente el	

	mantener los estándares de calidad de la atención y convenios con diferentes entidades como son UASD, UTESA, INTEC, UNPHU, Hospital Central Fuerzas Armadas, Hospital Militar Ramón de Lara, Hospital Luis Edwardo Aybar. Programa de Prevención de Enfermedades transmisibles, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) División de control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida. En conclusión, el Hospital posee un grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización de un 90% a nivel general. Evidencias: Contratos ARS, informe del departamento de enseñanzas.	
5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)	Con la implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja. Logramos reducir el tiempo de 4 horas a 2 horas los egresos. La adquisición de computadoras y establecidas en todas las áreas del centro ha agilizado el manejo de los records, la comunicación interna es inmediata, los comunicados por medio de E-mails, chats internos y externos. Contar con el departamento de comunicaciones nos ha agilizado una cobertura más amplia para notificar las informaciones. Nuestro portal de transparencia, OAI, el portal transaccional, que permite ver el manejo de compras y contrataciones. Nuestras redes sociales nos permiten comunicación fluida con los usuarios. Portal Institucional: www.hospitalcalventi.gob.do Portal de transparencia: https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/ Correo electrónico: info@hospitalcalventi.gob.do Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm Centro de Recepción: (809) 616-3964 Oficina de Acceso a la Información Pública:	

	(809) 616-3964 ext.: 2272 Correo electrónico: transparencia@hospitalcalventi.gob.do Redes Sociales: @hcalventird. Todo esto ha reducido el costo a nivel de papelería y otros insumos de oficina. Y a la vez agiliza los procesos. Contamos con Sistema de Agua Osmosis, que nos permite agua de calidad para todo el centro y esto contribuye a evitar las IAAS. Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN, Cartera de Servicios e Innovaciones, esto contribuye a mantener a nuestros clientes bien informados y disminuye el tiempo de búsqueda de información de los usuarios de unos 10-15 minutos. Instalación Sistema de Cámaras de Seguridad que nos permite mantener el clima de seguridad de nuestro personal y de los usuarios. La digitalización de las áreas de facturación, farmacia y emergencias. Evidencias: Fotos de redes sociales, fotos de chats internos y externos, Fotos del área de facturación del sistema SIGMA. Fotos del cuarto del sistema osmosis, fotos d las cámaras de seguridad.	
6.Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	El Servicio Nacional de Salud a través del Departamento de Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud, en la semana de abril 2025 realizó monitoreo de las prácticas clínicas en los servicios maternos neonatales. En dicho monitoreo obtuvimos un cumplimiento general de 93%, durante la consulta prenatal, 95% parto, parto y recién nacido 91% y 93% en post alumbramiento respectivamente, lo cual refleja un avance gradual en todas las áreas. Evaluación respecto a las observaciones de la atención directa 2025 Valoración en cuanto a morbilidades materna. Trastornos hipertensivos del embarazo 79% Desprendimiento prematuro de placenta 76% Sepsis neonatal 80% Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido 88%	

	Valoración en cuanto a morbilidades pediátricas. Neumonía en niños mayores de 2 meses 95%. Enfermedad diarreica aguda en niños 64% Valoración de la correcta aplicación de la lista de verificación de la cirugía. Revisión de expediente 89% Observación directa 49% El departamento de Calidad de los Servicios de conjunto con el departamento de Monitoreo y Evaluación se mantienen por medio de un cronograma supervisando todas las áreas del centro tanto en la parte medica como administrativa que deben entregar sus reportes, informes y otras evidencias en diferentes fechas para la mejora continua de la calidad de los servicios brindados y estos son entregados por medio del POA mensual SRSO. La valoración que nos dio el SRSO en 95%. Evidencias: Informes de auditorías POA 2025, minutas y fotos de socialización de las auditorias.	
7.Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Hemos sido premiados por el COIN, USAID, Gerencia de Área por los reportes oportunos y otras entidades. Recibimos medalla de plata en 2019 por las prácticas inclusivas que realizamos (RD Incluye). Recibimos reconocimiento por el SRSO, por llevar las buenas practicas del comité de desechos sólidos y prevención de IAAS en el 2022. Segundo lugar en el ranking Hospitalario Sismap Salud 2022. Certificados a la OAI 2024, 2025. Certificados a Epidemiología por sus reportes oportunos 2024, 2025. Segundo lugar en mejores informes físico financiero de los hospitales. La certificación con relación a la valoración de carta Compromiso al Ciudadano al ser valorados y obtener un valor de un 99% en comparación con el 2024 obtuvimos un 99%, lo que se traduce	

	en avances en los objetivos de las certificaciones y ser reconocidos por el MAP Evidencias: Fotos de certificaciones y trofeos.	
8.Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	El cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros se evidencia a través del cumplimiento de la planificación del POA, en consecuencia, con el porcentaje de ejecución de cada una de las actividades. Se envían los informes de ejecución al SRSO y a la Dirección General de Presupuesto. Nuestra programación física -financiera en el 2024 Programación física 596,914.00 Meta física lograda, 591.664.00 Porcentaje de cumplimiento, 99.13% Meta financiera programada RD\$ 748,767,879.49 millones. Meta financiera ejecutada. 749,383,396.05 millones Porcentaje de cumplimiento, 100.09% Programación meta físico- financiera 2025 Programación Física, 616.366.00 Meta Física ejecutada. 613,251.00 Porcentaje de cumplimiento, 99.50% Meta financiera programada RD\$ 769,523,448.00 millones. Meta financiera ejecutada. 873,059,059.16 millones Porcentaje de cumplimiento, 113.46% Evidencia: Consolidado POA/ programación POA metas y consulta, informe ejecución presupuestaria Meta financiera programada.	
9.Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	El hospital en el año 2025 pago más de 200,000,000.00 millones de pesos a suplidores, como garantía del uso racional, seguro y efectivo de los procesos financieros y de esta forma garantizando a los proveedores el pago de los compromisos. También se ejecutaron pagos a médicos y demás colaboradores del centro por deudas acumuladas de años anteriores, siendo 191 colaboradores médicos y administrativos recibieron el pago por mas de 19,000,000.00 millones.	

	Hemos venido disminuyendo los costos de comida, medicamentos, compra de oxígeno, papelería. El uso de los medios de comunicación nos ha llevado a reducir el uso del papel y tinta en 30%. El uso de las pantallas, chat y redes sociales han contribuido a menos gasto en papelería y en ayuda del medio ambiente. El hecho de guiarnos por los protocolos ha conllevado a menos uso de medicamentos en 10%. En este año 2025 el uso responsable del agua y electricidad también ha contribuido a disminuir los costos y el uso responsable de los equipos en su cuidado y apagado a tiempo. Evidencia: Informe de contabilidad y financiero 2025.	
--	--	--

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