

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

Hospital Provincial San Bartolomé_

FECHA:

13/05/2026_

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): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	En nuestro Hospital Provincial San Bartolomé formulamos y desarrollamos la misión, la visión y valores de la organización, en donde implicamos los encargados departamentales y grupos de interés. Evidencias: Fotos, Listados de participación.	
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.	En nuestro hospital Provincial San Bartolomé Contamos con valores institucionales bien definidos y alineado acorde con la misión y visión de la organización. Evidencia: fotos	
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 visión, misión y valores están alineados a las disposiciones establecidas por el Servicio Nacional de Salud. Evidencia: Manual de Identidad Institucional del 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.	Nuestro Hospital Garantiza una comunicación y socialización de la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas a través de las reuniones de los comités hospitalarios con todos los encargados departamentales. Evidencias: Listados de participantes y acta de reuniones.	
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).		No contamos con evidencias
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).		No contamos con evidencias
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.	Nuestro hospital cuenta con un comité de Ética conformado, a través del cual se les da seguimiento a los comportamientos no éticos, tales como: conflictos de intereses, corrupción, etc. que se puedan presentar mediante la reunión periódica de este. Evidencia: Acta constitutivas, Listados de participantes	

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).	Nuestro centro tiene instituido una vez al mes la reunión del comité de calidad y mejora continua en donde se refuerza la confianza mutua, lealtad y respeto, apoyado en un trabajo en equipo. Evidencia: listado de participantes.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	En nuestro Hospital Provincial San Bartolomé ha realizado varios planes estratégicos y nos mantenemos en proceso de revisión y actualización de estos. Contamos con nuestro organigrama, mapa de procesos y estructura organizativa aprobada por el MAP. También contamos con nuestro manual de funciones aprobado por el MAP. Evidencia: Resolución de aprobación, manual de funciones	
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.	Nuestro hospital se establece objetivos y resultados cuantificables con indicadores para medir y evaluar el desempeño se rige por un Plan Operativo Anual (POA) en donde desarrolla actividades planificadas todos los meses para cumplir con los indicadores establecidos. También en el sismap salud, sistema de monitoreo de	

	los servicios que ofertamos, y la producción de servicios(67A). Evidencias: POA 2026, Captura de pantalla del Sisma salud, 67A	
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.).	Nuestro centro cuenta con un patronato y comité de vigilancia en donde está conformado por varias instituciones de base comunitaria. Evidencia: Acta constitutiva.	
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).		No tenemos evidencias
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.	Nuestro Hospital aplica los principios de gestión de calidad ya que nos auto evaluamos en el 2019, en el 2021, en el 2022, en el 2023, en el 2024, 2025 y estamos realizando una actualización del autodiagnóstico en el 2026. Evidencias: CAF 2026	

6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	EN Nuestro Hospital la estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos ya que contamos con portal web y redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram) Evidencia: Portal web, redes sociales del Hospital	
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 hospital recibe de cada departamento un informe mensual del rendimiento y actividades asignadas a través del POA. Evidencias: POA, informes mensuales.	
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 línea telefónica, correos electrónicos, sistema de flota, tenemos un área de información (Atención al Usuario), Buzones y pagina web, redes sociales en Facebook, twitter y Instagram, y nuestra cartera de servicio publicada y actualizada constantemente cada vez que se agrega un nuevo servicio. Evidencias: redes sociales, informes, cartera de servicio.	
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.	El hospital cuenta con un comité de calidad para mejorar los estándares en la calidad de los servicios brindados. Los líderes del hospital demuestran sus compromisos y trabajan en una mejora continua a través de reuniones internas, revisión periódica del cumplimiento de los compromisos establecidos en la carta.	

	Evidencias: Listados de participantes, informes sobre aperturas de buzones.	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Socializamos los informes de las auditorias 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 comunicaciones, grupos de whatsapp entre otros. Tenemos informados a nuestro personal y grupos de interés tanto internos como externos de todos los cambios y sus razones realizados por medios de circulares, murales y reuniones; motivándolos a participar en los procesos. Evidencias: Consolidado POA, listado de participantes, informe de auditoría del POA, actas de reuniones informativas, y fotos de reuniones, foto de murales, correos grupales, comunicaciones enviadas a grupos de interés externos.	
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Nuestro director y encargados departamentales modelan la conducta de los colaboradores con el ejemplo de sus acciones. Mostrando cada uno de ellos lo que espera de su colaborador bajo su mando en todo lo que hacemos como es:	

	Trabajar a lineados a los valores. Asistencia diaria. Vestirse adecuadamente. Compartir éxitos. Apoyando las actividades para el logro de los objetivos y metas. Practicar la escucha. Aceptar los errores. Ser coherente. En caso de duda preguntar. También podemos destacar el empoderamiento del director y encargados departamentales, siendo estos los primeros en involucrarse en el desarrollo de las actividades de nuestro Modelo CAF y motivar el involucramiento de los colaboradores. Participan en actividades, cursos, talleres y se involucran en el seguimiento de las mejoras a implementar dando ejemplo de liderazgos y humildad. En nuestra institución da ejemplo de transparencia con las reuniones mensuales del Comité de Compras para involucrar al personal en todo lo concerniente a las mismas. Evidencias: Foto participando en actividades del CAF, foto donde participen los encargados y colaboradores en actividades de gestión del cambio, ética y mejora institucional, foto reunión Comité de Compras, lista de participantes minutas del comité de compras.	
--	--	--

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.) 1. 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 nuestro director predican con el ejemplo, es el primero en llegar y siempre está dispuesto a apoyar 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 la llegada a tiempo, disponibilidad de realizar las labores comprometidos en el marco de la mejora continua de los objetivos y valores continuos. 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, siendo ejemplos en el cumplimiento del horario, manteniendo su asistencia diaria, 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: Registros de ponche, foto encargados participando en actividades del CAF, foto donde participen las máximas autoridades y colaboradores en actividades, foto reunión de los Comités, minutas de los diferentes comités, listados de participantes.	
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 puerta abierta. En nuestra nomina constamos con personal discapacitado bajo un perfil de puesto sin discriminación valorando sus competencias. La dirección motiva el respeto, trabajo en equipo, cooperación dando participación de sugerencias, 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. 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, derechos y deberes de los Usuarios, planes de mejoras.	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Nuestro hospital Informa y consulta a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización, en las reuniones mensuales con todos los encargados departamentales. Cada día en el centro se presenta 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 el hospital y mantenerse informados y actualizados de todas las informaciones relevantes del hospital en cuanto a los pacientes, procesos y áreas administrativas. Reuniones con los diferentes departamentos. Evidencias: Minutas e informes, Listados de participantes., Fotos y acta de reuniones, formulario de entrega de guardia, actas reuniones. Etc.	

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. En las reuniones con los encargados departamentales nuestro director motiva a mejorar al desempeño reconociendo 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. Evidencias: Talleres y capacitaciones, formulario de entrega de guardia, lista de participantes en reuniones departamentales. informes trimestrales.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	El hospital cuenta con un POA donde cada Encargado de departamento debe reportar sus actividades ejecutadas en el tiempo establecido, también se realizan reuniones periódicas con los encargados de departamentos. Evidencias: Reporte mensuales de POA, listado de participantes y minutas de reuniones	
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.	Nuestro Hospital otorga permisos solicitados por el colaborador para realizar estudios fuera de la institución, también se solicita capacitaciones / talleres y se realizan dentro de la institución Disponemos un Plan de Capacitación con el cronograma de capacitación del año. Se gestiona capacitaciones y talleres impartidos por INFOTEP, el INAP, etc. Evidencias: Acción de permiso para estudio y listado de participante de capacitación por el INAP / INFOTEP, plan de capacitación 2026.	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	En el hospital cada semestre se realiza la distribución de incentivo del 10% del monto facturado por la ARS SENASA, a todos los empleados de acuerdo a su desempeño y trabajo realizado.	

	Evidencias: Publicación en las redes sociales. Matriz de distribución de incentivos	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.		No contamos con evidencias.
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.		No contamos con evidencias.
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.		No contamos con evidencias.
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	Estamos alineados con el nivel al que pertenece la institución según lo establecido por el MSP Y SNS. Evidencia: Cartera de servicios del hospital.	
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.).		No se evidencia el desarrollo de alianza y trabajos en red con grupos de interés importantes (Ciudadanos organizaciones no gubernamentales (ONGs.)

6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	Nuestro centro participa en actividades organizadas por Organizaciones de Base Comunitaria. Evidencias: invitaciones, fotos.	
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.	Nuestro centro promueve las actividades, logros y avances alcanzados mediante las redes sociales (Instagram y Facebook), también se dan a conocer los servicios que ofrecemos. Por ejemplo, podemos mencionar la promoción de un moderno arco en C, recibido por el SNS. Evidencias: Fotos de las publicaciones en las redes sociales (Instagram y Facebook).	No contamos con la promoción interna.

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)	Áreas de Mejora
La Organización: 1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas 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.	Nuestro centro realiza reuniones con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres (CHED), previo al asueldo de semana santa, con el objetivo de tener una previa planificación y preparación ante los factores globales que afectan: como el cambio climático. Evidencia: Listado de participantes, fotos.	
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 a través del departamento de planificación familiar y psicología se dan respuestas a necesidades de adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Damos seguimiento a buzones de	

	sugerencias y revisa periódicamente el cumplimiento compromiso a los ciudadanos clientes. Evidencias: Buzones de sugerencia, informes de apertura de buzones, Informes mensuales de los departamentos.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.		No contamos con evidencias
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.).		No contamos con evidencias

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 misión y visión de nuestra institución están vinculados a nuestros objetivos estratégicos y operativos. Contamos con un Plan Estratégico y un Plan Operativo donde se plantean los objetivos, resultados, productos y actividades que están realizando los líderes de la organización, para lograr dirigir la organización hacia el logro de su misión, visión y objetivos. En el Plan Operativo están definidos nuestros objetivos a corto, y mediano plazo Y estos son monitoreados y evaluados periódicamente con la finalidad de que se cumpla lo planificado. Contamos con indicadores para el monitoreo y se realiza la evaluación del cumplimiento de los objetivos. Evidencias: Plan Estratégico, Plan Operativo Anual POA 2026, matriz de monitoreo.	

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.	Nuestro hospital realiza la implementación de apertura de buzones de buzones de quejas y sugerencias semanal, levantamiento de acta, y socialización de estas en el comité de calidad, con el fin de involucrar los usuarios en el desarrollo de las actividades, planificación y toma de decisiones del centro. Evidencia: Listados de participantes, Minuta de reunión, Acta de apertura de buzones.	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	Nuestro centro ha donado tanques recolectores de desechos sólidos en balnearios y lugares públicos para proteger el medio ambiente. Evidencias: fotos.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Aseguramos la disponibilidad de recursos en algunos aspectos para desarrollar la gestión a través de los reportes enviado sobre estadísticas, los reportes enviados sobre las cuentas, y a través de la facturación del seguro subsidiado SeNaSa. Evidencias: fondos de subvención y los ingresos recibidos por la facturación de SeNaSa, el presupuesto y los Reportes de estadísticas.	

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 desarrollará de forma anual, a través de la verificación de los niveles de ejecución y cumplimiento del POA correspondiente. Evidencias: POA 2021, 2022,2023,2024,2025,2026	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Por medio de nuestro POA 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 SRS y SNS. Evidencia: Valoración del POA	
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.	Nuestro hospital comunica eficazmente los objetivos y estrategias, planes/tareas y los resultados previstos/logrados a través de reuniones mensuales con todos los encargados departamentales. Evidencia: Minutas y listado de reuniones con los encargados departamentales y POA 2026.	
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.	Mensualmente utilizamos matrices de evaluación y monitoreo para dar seguimiento a nuestro Plan Operativo y tareas a realizar en la institución, el hospital realiza un monitoreo trimestral de la gestión para ver sus avances y logros en el periodo. En ese sentido podemos contar con las matrices para el POA, la Carta Compromiso, levantamiento de datos epidemiológicos, las encuestas también realizadas periódicamente a los grupos de interés nos permiten evaluar los servicios, así como también la	

	satisfacción de nuestros usuarios. Nuestro Plan de Mejora se nutre de los hallazgos encontrados en cada una de las evaluaciones ya analizadas y del informe de retorno del MAP. Evidencia: Consolidado trimestral del 67-A, Informe del Monitoreo, Informe del Monitoreo de los Indicadores de Calidad, carta compromiso, formulario de encuesta de satisfacción de usuarios.	
--	---	--

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
1. 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.		No contamos con evidencias
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.		No contamos con evidencias
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	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 comités entre los cuales tenemos el comité de calidad, que se reúne mensualmente y reuniones extraordinarias en situaciones que lo amerite. Tenemos conformado el comité de Emergencia y desastre, Comité de Calidad, Comité de Calidad de los Servicios y seguridad del paciente, Comité de morbi-mortalidad, Comité de Ética, Comité de Compras, Comité de IAAS, Comité de Bioseguridad, Comité de Club de Donantes. Por medio de los diferentes comités comunicamos	

	nuestros avances y retrocesos, con los respectivos planes de mejora. Evidencias: Integrantes de los diferentes Comités, actas constitutivas	
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.	Esta promoción también se realiza mediante la entrega de guardia donde cada día se aportan ideas para mejorar los servicios. Además, en las reuniones con los encargados donde participan las áreas misionales y de apoyo tanto clínico como administrativo, se reciben los aportes de cada encargado y las innovaciones o nuevos proyectos a desarrollar a fin de mejorar los servicios. Otro excelente escenario es durante la elaboración de los planes operativo donde se crea un escenario para presentar y discutir iniciativas de desarrollo y mejora de los servicios maternos y neonatales. En cada reunión hay enfoque en la gestión clínica y su desarrollo, la calidad del servicio, la disminución de la deuda, el aumento de la facturación, la disminución de las glosas, la satisfacción de los usuarios, entre otros. Por ultimo contamos con diversos comités los que en sus reuniones monitorean y evalúan la situación y hacen recomendaciones de mejoras. Evidencias: Actas constitutivas de los Comités, lista de participantes, Minutas, Informes.	
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.		No contamos con evidencias
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Para asegurar la disponibilidad de recursos trabajamos apegado a nuestra Planificación Operativa y el Presupuesto Institucional, el cual se monitorea mensualmente, mediante la ejecución	

	presupuestaria realizada por el departamento Administrativo y Financiero. Mensualmente el Comité de Compras se reúne para distribución de anticipo financiero, pagos y valoración de deudas, asegurando así el presupuesto para la implementación de innovación y cambio. Nos esforzamos por mantener una relación de trabajo transparente con las aseguradoras, para general confianza que pueda garantizar el mantenimiento de los contratos firmados y por ende los ingresos al hospital de esas fuentes. Evidencia: Presupuesto del hospital, Contratos con ARS, Reporte Ejecución Presupuestaria Trimestral. POA	
--	--	--

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.	Analizamos periódicamente por medio de evaluaciones del desempeño de personal, reuniones de los diferentes comités hospitalarios, con colaboradores internos, se detectan necesidades de capacitación, desarrollo profesional y necesidades básicas tanto de los empleados como de la institución. Tenemos aprobada por el MAP nuestra estructura organizativa y estamos en el proceso de elaboración de nuestro manual de organización y funciones, estamos en proceso de socialización. Evidencia: Evaluación de desempeño.	

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. Desarrollamos e implementamos permisos de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género, inserción laboral de personas con discapacidad. Evidencia: Permisos otorgados, expediente de empleados, formularios de permisos.	
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.	Nuestra política de recursos humanos se enmarca en la Ley de Función Pública (41-08), Ley General de Salud (42-01), y sus reglamentos, Ley de Seguridad Social (87-01) y sus modificaciones y Reglamentos y las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y acuerdos con el Colegio Médico Dominicano (CMD). Evidencia: Políticas de recursos humanos, formularios de permisos	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Existe manual de descripción de cargos, funciones administrativo y médico, además de los protocolos de las áreas y especialidades médicas creadas por el	

	Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud. Se evalúa el personal administrativo y se mejoran sus conocimientos impartiendo cursos y talleres programados en el Plan de Capacitación. Al ingresar nuevos colaboradores al centro se hacen las inducciones adecuadas apegadas a las guías y manejos. Evidencia: Listado de participación, Manuales de cargos, Listado de participación en la socialización de tareas y funciones.	
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación		No tenemos evidencias
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).		No tenemos evidencias
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	En nuestro hospital se implementa la política de Evaluación por Desempeño. 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	

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. Evidencias: Acuerdos de desempeños.	
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.		No contamos con evidencias

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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.	Contamos con un plan anual de capacitación basado en competencias para el desarrollo del personal. Este Plan cuenta con la anuencia del MAP y del INAP. Para la elaboración del Plan se toma en cuenta los resultados de las evaluaciones del desempeño, las habilidades identificadas y los requerimientos de nuestro POA. Evidencias: Plan de capacitación	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Nuestro hospital guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual a través del acompañamiento del encargado del área. Evidencias: documentos de capacitación.	

3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.		No tenemos evidencias
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).		No tenemos evidencias
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.	En nuestro hospital el departamento de RRHH, incluye en el plan de capacitación, el curso de atención al usuario con el objetivo de mejorar las competencias de nuestros usuarios. Evidencias: Plan de capacitación 2026.	No se ha incluido el taller de conflictos de interés en el plan de capacitación
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.		No tenemos evidencias

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 diálogo 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. También en la reunión con los encargados departamentales. Evidencias: formularios de las guardias, Listados de participantes.	
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.		No tenemos evidencias
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.		No hemos realizado las encuestas de clima laboral
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.	Nuestro hospital cuenta con buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral. Evidencias: Fotos	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Contamos con procesos administrativos que permiten la flexibilidad de horario al colaborador para completar actividades de formación, académicos y/o situaciones personales. Evidencia: Reglamento de Personal Solicitudes de cambios de horarios, Permisos por Licencias de Maternidad y/o Paternidad, Permiso para estudios Evidencias: licencias y permisos otorgados.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.		No tenemos evidencias
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por		No tenemos evidencias

ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.		
--	--	--

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.).		No tenemos evidencias
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.		No tenemos evidencias
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.		No contamos con evidencias
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No tenemos evidencias

5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	El hospital trabaja apegado la ley 340-06 de Compras y Contrataciones. Evidencias: Copias de las cotizaciones que reposan en los expedientes.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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.	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 importantes para el centro. 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 todas estas vías nos ayudan a recibir informaciones importantes 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.	
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.		No tenemos evidencias

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 y publicada en nuestro centro, esta cuenta con las informaciones sobre los servicios que brindamos y sus horarios. Esta se actualiza mensual. Estamos en espera de aprobación de la Carta Compromiso al Ciudadano, donde comprometimos imágenes, laboratorio e internamiento, con los atributos de amabilidad, fiabilidad, profesionalismo en 85%, y el área de laboratorio con un tiempo de respuesta de 5 días laborables. Evidencias: Fotos, listados de participantes de participación de talleres de la Carta Compromiso al Ciudadano. Fotos de la cartera de servicios.	
--	---	--

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.	Nuestro centro alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente por medio de un presupuesto general y en cumplimiento de la legislación vigente. Evidencias: Liquidación de fondo reponible y venta de servicios.	

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.	Se planifica de manera anual, para luego programar de manera mensual los consumos realizados. En nuestra plantilla de Excel en el cual se plasma nuestro POA, está plasmado el presupuesto por proyectos y actividades. Mediante la planificación se establecen los mecanismos de monitoreo y evaluación para un control efectivo y poder detectar variaciones 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. 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. Evidencias: Reporte de facturación, reporte de auditorías de cuentas médicas, reporte financiero, reportes e informes costos. Contratos con ARS.	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	Se asegura la gestión rentable, eficaz y ahorrativa de los recursos financieros usando una contabilidad de costos y sistemas de control eficientes. Evidencia: Plantillas de Excel de control financieros.	

4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.		No contamos con evidencias
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	Cada mes reportamos por medio del 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. Evidencias: Formularios el 67A, informes departamentales.	

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 ciertos cursos para desarrollar las competencias con relación a las tecnologías. Evidencias: Listados de las capacitaciones y plan de capacitación del personal, certificados.	
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.		No contamos con evidencias
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.		No contamos con evidencias
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	Contamos con Wifi, las redes sociales y salón de conferencias.	

	Evidencias: Wifi, listado de participantes.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.		No contamos con evidencias
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	tenemos un grupo de WhatsApp generales 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.	No contamos con correos institucionales
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.		No contamos con evidencias
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.	Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de información con diferentes grupos de interés. Evidencias: Información suministrada por las redes sociales.	
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.	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 nuestras redes sociales. El departamento de Recursos Humanos consta con un archivo con toda la información pertinente a los empleados. Evidencias: Expedientes de empleados.	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.		No contamos con evidencias
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No contamos con evidencias
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.).		No contamos con evidencias
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.		No contamos con evidencias
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.		No contamos con evidencias
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.		No contamos con evidencia
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.		No contamos con evidencias
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.	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.	

	Evidencias: SUGEMI, fotos de los departamentos y reportes de producción.	
--	--	--

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 distribuyéndola de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros colaboradores. Se realiza un calendario de mantenimiento de equipos y se le da cumplimiento con la finalidad de que se mantengan en funcionamiento y alargar su vida útil. El hospital posee parqueos por áreas como son: parqueo administrativo, de emergencia, de consulta y señalizado para discapacitados y embarazadas. 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.	

2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Nuestro hospital cuenta con un edificio, 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. Se realizan supervisiones diarias de instalaciones y equipos con la finalidad de asegurar un correcto funcionamiento de las mismas. Tenemos un plan de mantenimiento de la infraestructura. 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. Evidencias: Seguimiento al plan de mantenimiento.	
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 un personal de activo fijo quien se encarga de asegurar una gestión efectiva 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.	

	Evidencias: Reportes de activo fijo, seguimiento al plan de mantenimiento de infraestructura y equipos.	
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Contamos con un salón de reuniones, el cual es utilizados por las DPS, talleres, capacitaciones, reuniones, reuniones con comunitarios. Evidencias: Fotos de reuniones.	
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.		No contamos con evidencias
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).	Contamos con varias áreas de parqueos señalizados, distribuidos para las diferentes áreas como son: ambulancias y parqueos inclusivos para las diferentes discapacidades, parqueos para áreas administrativas, director, administrador, financiera, médicos, usuarios, etc. Evidencias: Fotos de parqueos.	
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. En este año fue actualizado con el plan de gestión de riesgos. Evidencias: Acta constitutiva del comité de emergencias y desastres y su plan actualizado.	
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 Mobiliario, del cual enviamos informes trimestrales al SRS4, por medio del POA. A este plan le damos seguimiento de cerca para el correcto funcionamiento de las áreas y mobiliario. También cargamos evidencias del plan y del informe de seguimiento al Sisma salud.	

	Evidencias: Plan de Mantenimiento Preventivo, reportes y matriz de seguimiento.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Con la nueva Estructura Organizativa, contamos con un personal de Activo Fijo, quien se encarga de realizar y actualizar el inventario de bienes. Ese inventario se reporta trimestral al SRS6 por medio del POA. Evidencias: Estructura Organizativa, reporte de inventario de bienes.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.		No contamos con evidencias

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: 1. 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.		No contamos con evidencias
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.		No contamos con evidencias
3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas		No contamos con evidencias

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.		
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.		No contamos con evidencias
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, Sala Situacional Materno Infantil, Mediciones de los atributos de calidad, Plantilla de indicadores de calidad, Satisfacción al Usuario. Otros indicadores que se monitorean son los relacionados a la Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano. Realizamos los acuerdos de desempeño anualmente y esos son avalados por el SNS y MAP. Evidencias: Sala situacional, Plantilla de Indicadores de Calidad, Cartera 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.		No contamos con evidencias
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Tenemos la habilitación temporal la cual se nos otorgó por 1 años, después de haber cumplido con todos los requerimientos de salud pública para la adquisición de la misma, estamos en el proceso de actualización ya que la licencia de habilitación se venció en el mes de abril del año 2026.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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. El hospital dispone de 5 buzones de quejas y sugerencias donde se recogen las opiniones de los ciudadanos clientes. Mensualmente el hospital recoge las opiniones de los usuarios y grupos de interés en donde recibimos un promedio de 4 quejas por mes, el flujo de estas presenta una disminución ya que anteriormente recibíamos un promedio de 10 quejas, debido al aumento de la satisfacción de los servicio y calidad general 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: Encuestas de satisfacción de usuarios, actas de reuniones, fotos, acuerdos, Informes de los buzones.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	Hemos diseñado servicios dirigidos a los ciudadanos según la necesidad presentada en el sector, por lo que nuestra cartera de servicios se ha visto ampliada y en constante actualización. 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.	

	Evidencias: Cartera de Servicios.	
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, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.	La cartera de servicios se encuentra visible en áreas del hospital para ser difundida a los clientes. El horario de servicios, desde la apertura se encuentra disponible en los brochures y en las áreas del hospital (consultas externas 8:00am-4:00pm, emergencias 24 horas y hospitalización 24 horas. 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. Evidencias: Redes sociales, Cartera de Servicios.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.		No contamos con evidencias
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.		No contamos con evidencias
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, con el mismo SRS6 y con el SNS para solucionar problemas o tratar sobrerreferencias y contrarreferencias de pacientes. Tenemos grupos de WhatsApp para resolver los problemas de dirección, planificación, calidad de servicios, referencias y contrarreferencias, emergencias y desastres entre otros. Contamos con	

	varias 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. Evidencias: 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.	Contamos con procesos estandarizados por el SNS para las consultas, la atención de urgencias, hospitalización, atención en neonatos, partos, quirófanos y otros. Todos los datos son compartidos con socios claves como el MSP, el SRSM y el SNS. También con otras instituciones públicas como MAP, la Contraloría, Senasa y otras. Evidencias: Fotos e informes.	

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
1. 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.)	Los resultados de las encuestas que hemos aplicado desde 2023-2024, hemos observado como la imagen global y reputación del Hospital Provincial San Bartolomé se consolidan cada día en las preferencias de los clientes. De acuerdo a la encuesta realizada en enero-abril del 2026, el 99.88% 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 a los usuarios. Con relación a los desechos sólidos comunes son recogidos por el ayuntamiento de la demarcación. Evidencia: Informe de la Encuesta de usuarios externos 2026 SNS.	No tenemos contratada una compañía privada que se encarga de la recolección de los desechos sólidos infecciosos
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).	El centro hasta principios del año 2020 realizamos las encuestas de satisfacción al usuario de forma manual, luego el SNS implemento la encuesta online estandarizada para aplicar las encuestas de satisfacción de los servicios, en el periodo de enero - abril 2026, arrojo lo siguientes datos. Satisfacción general 94.73%. Satisfacción por área de hospitalización 94.50%. Satisfacción por área de imágenes 93.65%. Satisfacción por área de Laboratorio 94.81%. Satisfacción por área de emergencias 95.01%. Satisfacción por área de consulta externa 94.88%. Medición de los atributos de calidad enero-abril 2026. Amabilidad 99.54%.	

	Profesionalidad 99.42%. Equidad 99.19%. Manejo de la Información 98.95%. higiene 99.88% Tiempo de recibimiento de resultados 66.24%. Evidencias: Encuesta satisfacción enero - abril 2026.	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.	En nuestro hospital se socializan las quejas y sugerencias de los buzones en las reuniones del comité de calidad con los miembros, con el objetivo de garantizar la participación de los usuarios en los trabajos y toma de decisiones del centro. Evidencias: Matriz de quejas y sugerencias.	
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	En diferentes áreas del hospital, tenemos colocados los derechos y deberes de los usuarios, tomados de la Ley General de Salud, la cual aplicamos. Nuestra institución envía un reporte mensual al Servicio Regional de Salud con los datos de la producción y la y el reporte administrativo financiero. También remite a las autoridades los Estados Financieros. Trimestralmente presentamos los indicadores de calidad. La transparencia es uno de nuestros valores clave para generar confianza. Se responde a las demandas de información sobre la forma de gerencial la organización. Rendimos cuenta al SNS, SRS4 MSP, MAP, y otros organismos estatales. De estos se encuentran los informes de monitoreo del POA, los reportes al SISMAP Salud que formamos parte de los hospitales priorizados, los indicadores de calidad, reportes del 67-A, entre otros. Evidencias: 67-A, informes financieros, Derechos y Deberes del Pacientes.	No Contamos con una Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI),

5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	La satisfacción general de los clientes ciudadano es de 94.73%. Los clientes-ciudadanos recomendarían a otra persona atenderse en nuestro centro en un 99.88%. Calidad del servicio 99.88%. Equidad 99.19%. Acceso a los servicios 66.24%. Contamos nuestra carta compromiso aprobada, en el seguimiento a los indicadores comprometidos en esta, en el servicio de hospitalización en los atributos de calidad y amabilidad en el primer trimestre representa al 99.51%. Evidencias: Encuesta de satisfacción usuarios externos, plantilla Excel del seguimiento a la CCC.	
---	---	--

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.).	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. Cuando se realizan las encuestas se toma en cuenta las opiniones de los usuarios para la implementación de nuevos servicios o para mantener el existente. Emergencias: 24 horas, 7 días a la semana. Hospitalización: 24 horas, 7 días a la semana. Consultas: 8:00 am. – 4:00 pm. Imágenes: lunes a viernes, 8:00 am. – 4:00 pm. Laboratorio clínico: 24 horas, 7 días a la semana. Banco de Sangre: 24 horas, 7 días a la semana. Cirugía: lunes a viernes, 8:00 am. – 6:00 pm.	No contamos con la oficina de Libre Acceso a la información.

	Farmacia Hospitalaria: 24 horas, 7 días a la semana. Stand de SENASA: lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm Áreas Administrativas: lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm Control de citas: lunes a viernes 7:00 am a 4:00 pm Planificación familiar: lunes a viernes, 8:00 am a 4:00 pm. Contamos con diferentes áreas para brindar las informaciones, atención al usuario, comunicaciones, redes sociales, murales. Nuestra estamos en proceso de actualización de nuestra Carta Compromiso, donde explicamos a nuestros usuarios nuestras responsabilidades de gestión para que ellos reciban servicios de calidad con calidez. Los servicios son gratuitos y solo 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. Evidencias: Redes sociales, Carpeta Carta Compromiso, Reporte de pacientes atendidos sin ningún costo y lista de pacientes atendidos de las ARS sin cobro de copagon, sillas de ruedas.	
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 enero - abril 2026. Amabilidad 99.54%. Profesionalidad 99.42%. Equidad 99.19%. Manejo de la Información 98.95%. Higiene 99.88%.	No contamos con evidencias medio ambientales.

	Tiempo de recibimiento de resultados 66.24%. Contamos con un plan de mantenimiento de infraestructura y equipo anual, donde mensualmente supervisamos dichas áreas, estos informes son enviados al SRS4 trimestralmente. Contamos con el levantamiento de buenas prácticas de almacén de farmacia, el cual se realiza mensualmente revisando la calidad, temperatura y almacenamiento de los medicamentos, estos informes son enviados trimestralmente al SRS6. Evidencias: Encuestas de satisfacción al usuario, informes y planes.	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).		No contamos con evidencias
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No contamos con evidencias
5. Digitalización en la organización.		No contamos con evidencias

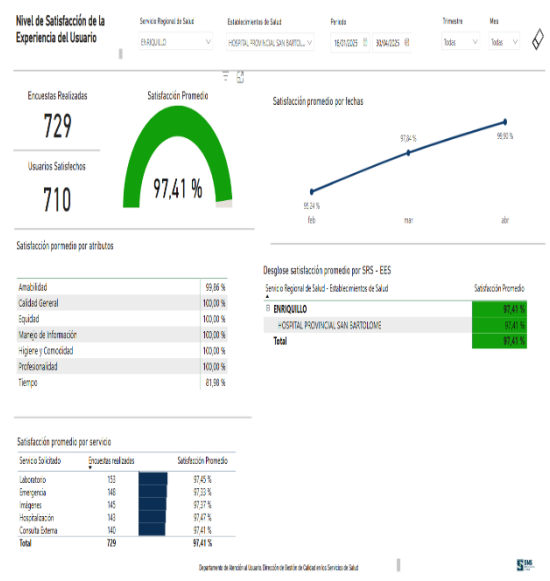
6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción el 94.73% de los usuarios considera que nuestro tiempo de respuesta es de muy buena a buena 66.24%. Lo que evidencia la agilidad de nuestro Hospital a la hora de entregar sus servicios. Evidencias: Encuestas de satisfacción al usuario.	
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 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.		No tenemos evidencias,
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	Realizamos un plan de mejora a los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de usuarios el cual fue enfocado en los servicios los servicios de imágenes (atributos. Manejo de información y calidad en el servicio) y consulta externa (profesionalidad en el trabajo) con porcentajes por debajo de 85%. Con la implementación de los buzones de quejas y sugerencias, en este año hemos recibido un total de 13 quejas por esta vía las cuales se levantan en el acta de apertura y en la matriz de quejas y sugerencias, se tratan en el comité y la encargada de atención al usuario, da una respuesta oportuna en no más de 15 días laborables a cada queja. En este año 2026 de las 13 quejas recibidas solo 4 dejaron número de contacto y fueron llamados y subsanados.	

	Evidencias: Matriz de buzón de quejas y sugerencias, Plan de mejora de encuesta de satisfacción de usuarios.	
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.		No tenemos evidencias. Ojo para plan de mejora
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Tenemos nuestra cartera de servicios ajustada al manual de cartera de servicios del SNS para centro de segundo nivel. Contamos con los servicios de: -Medicina Familiar. -Obstetricia Ginecología. -Medicina Interna. -Nefrología. -Nutrición. -Ortopedia y Traumatología. -Otorrinolaringología. -Pediatria. -Psicología. -Urología. -Anestesiología. -Cirugía General. -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. -Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre. -Servicios Odontológicos. -Servicios de Imágenes. -Programas Ampliado de Inmunizaciones (PAI-Vacunas). Salud Sexual y Reproductiva (Planificación)	

	e Información de Métodos Anticonceptivos Hormonales). -Tuberculosis Actividades de Promoción de la Salud Promoción a la Lactancia Materna. Evidencias: Cartera de servicios.	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	Las encuestas de satisfacción de los servicios, arrojaron los siguientes datos. Satisfacción general 94.73%. Satisfacción por área de hospitalización 94.50%. Satisfacción por área de imágenes 93.65%. Satisfacción por área de Laboratorio 94.81%. Satisfacción por área de emergencias 95.01%. Satisfacción por área de consulta externa 94.88%. Medición de los atributos de calidad enero - abril 2026. Amabilidad 99.54%. Profesionalidad 99.42%. Equidad 99.19%. Manejo de la Información 98.95%. Calidad 99.88%. Tiempo de recibimiento de resultados 66.24%. Higiene y comodidad 99.88%.	



Ver evidencia: Encuesta satisfacción Enero-abril 2026.

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.	Correo electrónico: hpsanbartolome@gmail.com Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm Teléfono: 809-527-3308 Redes Sociales: Facebook: hospital Provincial San Bartolomé, Instagram: @hospitalsanbartolome	

	Contamos también con diferentes chats de comunicación interna y de comunicación externa con SRS6. Además, contamos con murales. Evidencias: Redes sociales, Carta compromiso al ciudadano CCC.	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	EL centro cuenta con el comité de Calidad. El comité de calidad se reúne todos los meses, donde se consensua todas las informaciones que son publicadas, la cuales deben ser autorizadas por la máxima autoridad del centro o por el comité de calidad. Contamos con un personal que se encarga de confirmar la legitimidad de las informaciones que van a ser publicadas en las redes sociales. Las informaciones recibidas por organismos externos llegan a la dirección de hospital de donde son distribuidas a las diferentes áreas y de ahí a todo el personal dependiente de cada una de ellas. Evidencias: Comunicaciones, e informaciones escritas, por EMAIL, o chats, redes sociales.	
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 y al Servicio Regional. Los objetivos de rendimiento organizaciones están plasmado en nuestro Plan Operativo Anual y socializado con los colaboradores con la finalidad de centrar esfuerzos donde sea necesario, dirigir los gastos a las áreas más necesarias. Evidencia: POA 2026.	

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

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).	Nuestro hospital el 8% de los empleados, participan en las reuniones de toma de decisión de los procesos. Estos resultados se socializan con el equipo de gestión y los implicados en la atención directa a fin de mejorar la calidad y la satisfacción de los usuarios. Se reciben las quejas y sugerencias de los comunitarios y grupos de interés a través de los buzones, auditorias del MSP, supervisiones del SNS, SRS6, DPS informe de retorno y la implementación del modelo CAF del ministerio de administración pública. Con estas 13 quejas y 0 sugerencias que hemos recibido en lo que va de año y con los resultados de las encuestas de satisfacción que se le realiza a los usuarios y grupos de interés que arrojó un 94.73% de resultado, 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. Con los líderes políticos, representantes de organizaciones comunitarias, iglesias a través de reuniones e intercambios de ideas. Evidencias: Resultados de las encuestas, Estructura Organizativa.	
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).		No Contamos con evidencias
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores		No Contamos con evidencias

previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).		
---	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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.).		No Contamos con evidencias
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).		No Contamos con evidencias

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.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	Los usuarios externos también han valorado de manera positiva a nuestra institución, como muestran los siguientes resultados de la medición realizada. Satisfacción general de los usuarios 94.73% Evidencias: Encuestas de satisfacción al usuario.	No hemos realizado las encuestas de clima laboral

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.	En las reuniones de los comités hospitalarios y las entregas de guías realizadas cada mañana, la comunicación es fluida y de ahí salen planes de mejora y la colaboración interdepartamental. 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. Los carnets de identidad lo tienen plasmado en el dorso. Evidencias: Murales, carnets	No hemos realizado las encuestas de clima laboral
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.		No hemos realizado las encuestas de clima laboral
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.		No tenemos evidencias
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	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. Evidencias: Listados de participantes	No hemos realizado las encuestas de clima laboral
6. La responsabilidad social de la organización.		No tenemos evidencias
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		No tenemos evidencias
8. El impacto de la digitalización en la organización.	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, sobre todo 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: Reporte de seguimiento a los trabajos tecnológicos.	
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 10 días. Los procesos internos son ágiles ya que contamos con el personal necesario para esto. Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario, matriz QDRS.	No hemos realizado las encuestas de clima laboral

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	Elaboramos el plan operativo anual POA donde participan los altos directivos. Al mismo tiempo se elabora el presupuesto anual mediante el cual se asignan recursos a las actividades planeadas. Estos planes se monitorean y evalúan de manera trimestral. Evidencias: POA 2026.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	Contamos con Estructura Organizativa aprobada en el 2020, en el 2022 elaboramos de nuestro Manual de Organización y Funciones Institucional conjuntamente con el MAP. actualizamos los procesos y procedimientos misionales.	

	Evidencias: Resolución de aprobación de Estructura Organizativa y Manual de Organización.	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	El centro está en fase de implementación de la estructura organizativa. En el borrón del manual de organización de cada departamento, está definido el perfil de cada cargo y las funciones que debe realizar, por lo que están equilibradas las tareas y las responsabilidades. Luego que la persona es parte de nuestro personal se instala en sus puestos de trabajo de acuerdo a su perfil, tomando en cuenta sus capacidades para el desarrollo de las tareas acorde con las responsabilidades. Esto lo podemos hacer por la clara definición de funciones y responsabilidades. Anualmente se realiza la evaluación de desempeño suministrada por el MAP a todo el personal con el interés de conocer los conocimientos, habilidades y actitudes del personal y de esta manera poseer una panorámica de las capacidades de las personas y elaborar planes de formación, capacitación y de educación continua. Evidencias: Manual de organización y funciones. Organigrama y Reporte Evaluación del Desempeño.	
4. La gestión del conocimiento.	La información sobre todo el personal, sus competencias, capacitaciones realizadas y su desempeño es gestionada de manera efectiva por la División de RRHH. La encargada de Capacitación elabora el Plan Anual de Capacitación en conjunto con el INAP, el cual contempla 17 capacitaciones y un total de 253 personal a capacitar en todo el año y realiza los informes del cumplimiento de estos los cuales son enviados al SRS6 trimestralmente. Evidencia: Plan de Capacitación 2026, Informe de cumplimiento del plan, Listados de participantes.	

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 diferentes chats departamentales, además los murales, e-mail, 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: Murales, cartas, comunicados, informes.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.		No contamos con evidencias
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.		No contamos con evidencias

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.		No contamos con evidencias
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	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. 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. Evidencias: 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.		No contamos con evidencias
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.		No contamos con evidencias

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.		No contamos con evidencias
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	Motivamos al personal a capacitarse y adquirir nuevas competencias ya que realizamos movilizaciones internas de promoción de puestos de acuerdo a las necesidades. Hemos capacitado 25 colaboradores, de los que fueron planificados en el plan de capacitación 2026. Nos preocupamos por saber el grado de satisfacción de las diferentes capacitaciones que realizamos dentro y fuera de nuestra institución. Evidencias: Informes de capacitaciones, listados de participantes.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.		No contamos con evidencias

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

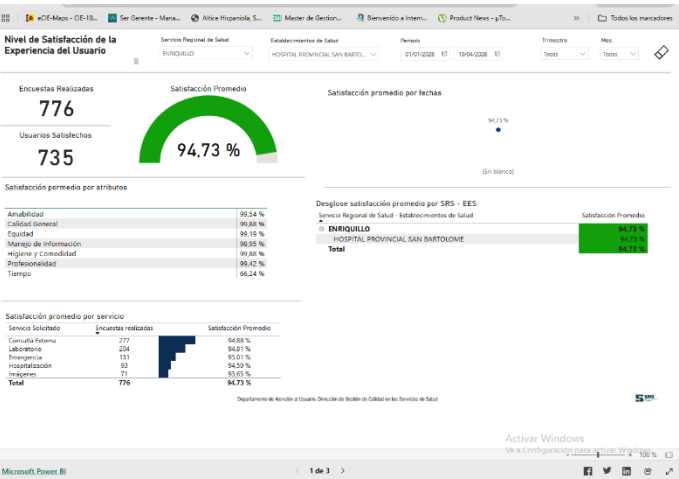
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).		No contamos con evidencias
2. Nivel de participación en actividades de mejora.		No contamos con evidencias
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No contamos con evidencias
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	En este año 2026 nuestro centro hemos realizado las siguientes actividades sociales en donde se han beneficio más de 100 pacientes en nuestra comunidad: - Jornada quirúrgica de otorrinolaringología. - Jornada quirúrgica pediátrica. - Campaña de salud mental. Evidencia: Fotos de las publicaciones en redes sociales.	

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).

En la encuesta de satisfacción al usuario arrojo los siguientes datos con respecto a:

- Recomendarías a otra persona a atenderse 99.88%.
- Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió entre buena y muy buena.
- Cómo califica la profesionalidad del personal que le atendió. Entre buen y buena.
- Como considero la facilidad y rapidez del servicio brindado. Entre buen y muy buena.
- Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió. Entre buena y buena.
- Como considera el acceso a los servicios solicitados. Entre buena y muy buena.
- Como considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados. Entre buena y muy buena.

No hemos realizado las encuestas de clima laboral



Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario.

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

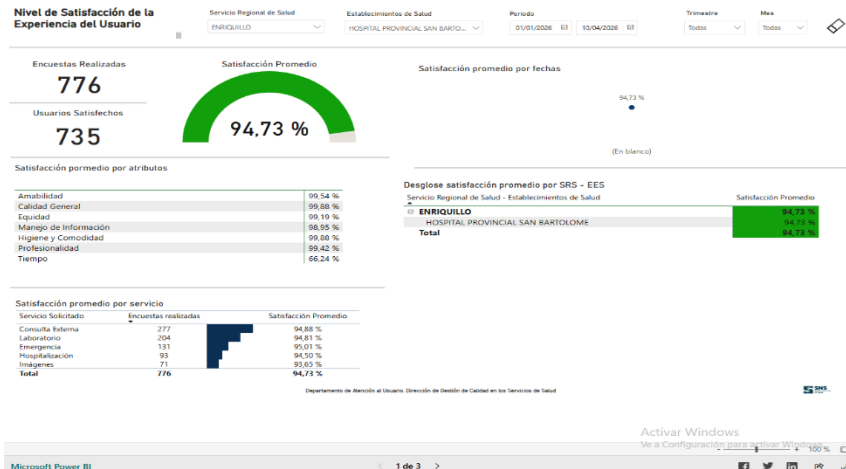
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: 1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.		No contamos con evidencias
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.		No contamos con evidencias
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).		No contamos con evidencias
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No contamos con evidencias

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

1. 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.		No contamos con evidencias
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 tanto de nuestra provincia como de la provincia independencias y más municipios, 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. 	
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 regional somos un hospital de referencia. Damos soporte a las universidades	

	para rotación de médicos internos, pasantes y residentes e INFOTEP con el personal de enfermería. Evidencias: Cartera de Servicios, 67A producción de servicios.	
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.).	Nuestros usuarios por medio de las expresiones verbales, encuestas al usuario nos evidencias tener una gran credibilidad y seguridad de sus expedientes, que nuestros valores y éticas predominan en nuestros proveedores. Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario.	No hemos realizados las encuestas de clima laboral.
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.).		No tenemos evidencias
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No tenemos evidencias
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.).	Nuestra institución 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 y politécnicos envían los estudiantes a realizar las horas de labor social, en donde tenemos 18 pasantes. Escuelas de enfermería y el INFOTEP envían a realizar la pasantía de estos a nuestra institución, un total de 70 pasantes curso por nuestras áreas. 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: Pasantías de enfermería y Bioanalista, pasantía politécnico.	

8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	En nuestro centro realizamos un levantamiento de la cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios, con el objetivo de motivar a nuestro personal. En este año 2026 hemos recibido mediante los buzones de quejas y sugerencias un total de 13 quejas. Evidencia: Informes de levantamientos de queja y sugerencias.	
--	--	--

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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.).		No tenemos evidencias
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.		No tenemos evidencias

3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).		No tenemos evidencias
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. 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, el cual representa un 30% de nuestros usuarios. Nuestras autoridades mantienen siempre preocupación por las necesidades de nuestros empleados tanto de trabajo como personales. Evidencias: listado de personas atendidas.	
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, hemos colaborado en un total de 2 operativos realizados diferentes escuelas y comunidades, todo nuestro personal está siempre en la disponibilidad de colaborar, en donde un total de 30 empleados han colaborado desde médicos generales, especialistas, enfermería, odontología, siempre con un equipo coordinador y de seguridad. Evidencias: Registro de participantes de los operativos.	

6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No tenemos evidencias
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).		No tenemos evidencias
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No tenemos evidencias
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No tenemos evidencias
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No tenemos evidencias
11. Política de residuos y de reciclado.		No tenemos evidencias

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
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.		No tenemos evidencias

2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).		No tenemos evidencias
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No tenemos evidencias
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.		No tenemos evidencias
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Como resultado de las inspecciones y auditorías realizadas por nuestros órganos regentes, el centro ha renovado la licencia provisional (habilitación) en el año 2022 y en este año 2026 estamos trabajando con la actualización o renovación de la licencia de habilitación, y fuimos habilitado de manera temporal y para brindar servicios de salud dentro del territorio nacional otorgada por el Viceministerio de la Garantía de la Calidad (VMGC), que es regido por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Evidencias: Certificados de habilitación.	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		No tenemos evidencias
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No tenemos evidencias
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	La institución cuenta con colaboradores voluntarios como los son: -Escuelas públicas y politécnicos realizando las 60 horas de labor social.	

	-Estudiantes de enfermería. -Rotantes de medicina y subespecialidades, -El ayuntamiento quien recoge los residuos sólidos comunes. Evidencias: Informe del departamento de enseñanzas.	
--	--	--

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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.		No tenemos evidencias
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No tenemos evidencias
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No tenemos evidencias
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No tenemos evidencias
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.)		No tenemos evidencias

6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.		No tenemos evidencias
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.		No tenemos evidencias
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.		No tenemos evidencias
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	Hemos venido disminuyendo los costos de comida, medicamentos, compra de oxígeno, papelería, Evidencia: informe de contabilidad y financiero de costos 2020,2021,2022, 2023, 2024, 2025,2026.	

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.