

FECHA: 22/05//2026

DATOS GENERALES
Lugar: DCSNS ☐ SRS ☐ Hospital ☒ CPN ☐
***Nombre del lugar:** Hospital Regional Presidente Estrella Ureña

Área: Departamento Calidad en la Gestión

Nombre de la Actividad: Informe de seguimiento a plan de mejora CAF año en curso

Código POA (Si aplica): HRPEU3.1.6.06

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como finalidad dar seguimiento al Plan de Mejora CAF correspondiente al año en curso, implementado en este centro de salud, con el propósito de verificar la ejecución de las acciones establecidas y documentar los avances alcanzados por las diferentes áreas involucradas.

Este proceso de seguimiento contribuye al fortalecimiento de la gestión institucional, promoviendo la optimización de los procesos internos y la mejora continua de la calidad en los servicios.

OBJETIVO DEL INFORME

Evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos trazados en el plan de mejora CAF.

METODOLOGIA (Si aplica)

Para el seguimiento del Plan de Mejora CAF correspondiente al año en curso, se realizó un proceso de verificación y monitoreo de las acciones previamente establecidas a partir de las oportunidades de mejora identificadas durante las evaluaciones institucionales.

Este seguimiento fue desarrollado en coordinación con las distintas áreas responsables, mediante revisión de evidencias, levantamientos, supervisiones y validación de los avances alcanzados en cada actividad programada, permitiendo constatar el nivel de ejecución de las acciones implementadas y dar continuidad a las estrategias orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional y la mejora continua de los servicios de salud.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Dentro de los criterios abordados en el Plan CAF se contemplan los siguientes aspectos:

• Liderazgo:

En este criterio se destacan las acciones orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional mediante la capacitación continua del personal y la realización periódica de reuniones de seguimiento y socialización con el equipo asistencial y administrativo. Asimismo, se impartieron capacitaciones relacionadas con humanización de los servicios, inducción a la administración pública y fortalecimiento de la cultura organizacional, promoviendo el compromiso institucional, el trabajo en equipo y la mejora continua de los servicios brindados.

- **Estrategia y Planificación:**

Se han mantenido constantes procesos de socialización y coordinación con los distintos departamentos de la institución, con el objetivo de fortalecer la organización interna, dar seguimiento a las metas establecidas y garantizar el cumplimiento de las estrategias institucionales orientadas a la mejora continua, calidad de los servicios y optimización de los procesos.

- **Personas:**

Dentro de este criterio se continúa fortaleciendo la integración y desarrollo del personal institucional mediante capacitaciones continuas orientadas a ampliar conocimientos, reforzar competencias y promover el crecimiento profesional de los colaboradores. Asimismo, se mantiene la planificación de futuras jornadas formativas y actividades educativas, con la finalidad de continuar fortaleciendo el desempeño del personal y la calidad de la atención brindada.

- **Alianzas y Recursos:**

En este componente se desarrollan acciones orientadas al fortalecimiento de la comunicación y articulación institucional, promoviendo que cada colaborador comprenda su rol dentro de la organización y su impacto en el cumplimiento de los objetivos institucionales. De igual manera, se continúa trabajando en la optimización de los recursos disponibles y en el fortalecimiento de las alianzas estratégicas necesarias para mejorar la capacidad operativa del centro.

- **Procesos:**

En este criterio se destaca la habilitación hospitalaria otorgada al centro de salud, evidenciando el cumplimiento de estándares y lineamientos establecidos para el fortalecimiento institucional. Asimismo, se mantienen acciones de mejora continua orientadas a la organización de los procesos, actualización de procedimientos y fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

- **Resultados orientados a los ciudadanos/clientes:**

Dentro de este criterio, uno de los aspectos más relevantes corresponde a las encuestas de satisfacción del usuario, las cuales evidencian el compromiso institucional de brindar servicios con calidad, calidez y oportunidad. Asimismo, se resalta el fortalecimiento de la cartera de servicios institucional, orientada a responder de manera eficiente a las necesidades de la población usuaria y mejorar continuamente la experiencia de atención dentro del centro de salud.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

El seguimiento realizado al Plan de Mejora CAF correspondiente al año en curso evidencia avances importantes en los diferentes criterios evaluados, fortaleciendo la gestión institucional y promoviendo una cultura orientada a la mejora continua dentro del centro de salud.

Las acciones desarrolladas en materia de liderazgo, planificación, fortalecimiento del personal, optimización de procesos y mejora de la atención al usuario han permitido consolidar estrategias dirigidas al cumplimiento de los estándares institucionales y al fortalecimiento de la calidad de los servicios brindados.

Asimismo, la implementación de capacitaciones continuas, reuniones de seguimiento, fortalecimiento de la cartera de servicios y monitoreo de la satisfacción de los usuarios reflejan el compromiso institucional con una atención más eficiente, organizada y humanizada.

De igual manera, persisten oportunidades de mejora que requieren continuidad, supervisión y seguimiento constante, con la finalidad de continuar fortaleciendo los procesos institucionales y garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro del Plan de Mejora CAF.

RECOMENDACIONES

Se recomienda dar seguimiento puntual a las actividades pendientes para garantizar su ejecución.

ANEXOS (Si aplica)

Evidencias

Instrucciones de llenado:

***Indique nombre del lugar:** Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

Saray Moscat

Lic. Saray Moscat
Enc Calidad en la Gestión.

Elaborado por

(Nombre y apellido)



Subindicador 1.1.1

Los líderes (Directivos y Supervisores):

Acción de Mejora	Tareas Realizadas	Estado Realización
Eficientización de la Calidad de los Servicios	Realización de Capacitaciones de Administración Pública, Humanización de los Servicios y Servicio al Cliente	100%
	Colocación de Señaléticas de nuestra Vision, Misión y Valores	
	Entrega y correcciones del POA correspondiente al 1T.	

Subindicador 1.1.5

Los líderes (Directivos y Supervisores):

Acción de Mejora	Tareas Realizadas	Estado Realización
Eficientización de la Calidad de los Servicios	Sustitución del Sistema SIGHO por GALENO para realización de expedientes clínicos, Colocación de Citas Médicas, Ingresos, Egresos y Laboratorio.	100%

**PLAN DE CAPACITACIÓN 2026**

Institución : Hospital Regional Presidente Estrella Ureña

Ministerio al que pertenece: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)

Provincia: Santiago

Sector: Sector que Pertenece

Nomenclatura: INAP-FAC-001

Tipo: Formulario

Versión: 5

Vigencia: 7/7/2023

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APOTE UNITARIO	APORTE TOTAL
1	Curso	Inducción a la Administración Pública	Presencial	I: 15 , II: 15 , III: 15 , IV: 15 , V: 15	Descripción : A través del curso Inducción a la Administración Pública, es necesario dar a conocer el funcionamiento general del Estado dominicano a los servidores públicos, de forma tal, que cuenten con el conocimiento de los procesos y procedimientos generales de las Objetivo General : Al finalizar esta acción formativa, el/la participante estará en la capacidad de identificar los propósitos del Estado, su función administrativa y de gestión, así como, la forma de organización del sector público y sus leyes transversales que le regulan Competencias : Conciencia Social, Pasión por el Servicio al Ciudadano, Innovación	75	Primer trimestre	INAP		0
2	Curso	Inducción a la Administración Pública	Presencial	I: 20 , II: 20 , III: 20 , IV: 20 , V: 20	Descripción : A través del curso Inducción a la Administración Pública, es necesario dar a conocer el funcionamiento general del Estado dominicano a los servidores públicos, de forma tal, que cuenten con el conocimiento de los procesos y procedimientos generales de las Objetivo General : Al finalizar esta acción formativa, el/la participante estará en la capacidad de identificar los propósitos del Estado, su función administrativa y de gestión, así como, la forma de organización del sector público y sus leyes transversales que le regulan Competencias :	85	Primer trimestre	INAP		0

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APOTE UNITARIO	APORTE TOTAL
					Conciencia Social, Pasión por el Servicio al Ciudadano, Innovación					
3	Curso	TRABAJO EN EQUIPO	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Homogeneizar la comprensión de los principios de colaboración interprofesional y comunicación efectiva entre el personal, con el fin de optimizar la coordinación de procesos asistenciales y administrativos . El curso busca fomentar una cultura de responsabilidad compartida y sinergia que minimice errores, acelere la toma de decisiones y mejore el flujo de trabajo , impactando directamente en la seguridad y calidad de la atención al paciente .	70	Cuarto trimestre	OTRO INFOTEP	300	21,000
4	Curso	MANEJO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	Virtual	I: 15 , II: 15 , III: 15 , IV: 15 , V: 15	Con esta capacitación es mejorar la comunicación interpersonal , reducir los conflictos y fomentar un clima laboral positivo y de apoyo que eleva la calidad humana de la atención.	60	Tercer trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,000
5	Curso	MANEJO DE ESTRES	Virtual	I: , II: , III: , IV: , V:	Dotar al personal del Hospital de técnicas y herramientas de gestión emocional y autocuidado basadas en la evidencia, permitiéndoles identificar y manejar eficazmente las fuentes de estrés laboral y emocional inherentes al entorno de salud. El objetivo es mejorar la resiliencia , prevenir el desgaste emocional y mantener el bienestar físico y psicológico , garantizando un rendimiento óptimo y sostenido en la atención al paciente.	60	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,000
6	Curso	SERVICIO AL CLIENTE	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Desarrollar y fortalecer en el personal del Hospital las habilidades de comunicación, empatía y gestión de conflictos para ofrecer una atención de excelencia que supere las expectativas del paciente y sus familiares. El fin último es fidelizar al usuario a través de experiencias positivas y memorables en cada punto de	45	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	13,500

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APORTE UNITARIO	APORTE TOTAL
					contacto, contribuyendo a la imagen, prestigio y calidad integral del servicio de salud.					
7	Curso	HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Sensibilizar y capacitar al personal del Hospital en la aplicación práctica de principios éticos y de comunicación asertiva, con el fin de garantizar una atención centrada en la persona que respeta la dignidad , la autonomía y las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias. El resultado esperado es transformar la experiencia asistencial hacia una más empática y de alta calidad humana .	65	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	19,500
8	Curso	FINANZA PERSONAL	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Proporcionar al personal del Hospital las herramientas y metodologías prácticas necesarias para diagnosticar su situación financiera , gestionar eficientemente sus ingresos y deudas , y establecer un plan de ahorro a corto y largo plazo. El final es reducir el estrés financiero y fomentar la estabilidad económica y el bienestar personal , impactando positivamente en su concentración, productividad y calidad de vida dentro y fuera del entorno laboral.	65	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	19,500
9	Curso	CULTURA ORGANIZACIONAL	Virtual	I: , II: , III: , IV: , V:	Objetivo: Capacitar a los participantes para diagnosticar, diseñar y gestionar la Cultura Organizacional, asegurando su alineación estratégica con la misión, visión y valores de la empresa, con el fin de fomentar el compromiso , mejorar el clima laboral y, en última instancia, impulsar la productividad y la consecución de los objetivos de negocio.	62	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,600
10	Taller	BIOSEGURIDAD HOSPITALARIAS	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	El objetivo de este taller es reforzar las seguridad del Hospital para prevenir riesgos o, en su defecto, minimizar aquellos que puedan surgir durante los trabajos del personal en las áreas vulnerables .	55	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	300	16,500

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APORTE UNITARIO	APORTE TOTAL
11	Diplomado	DIPLOMADO GERENCIAL	Virtual	I, II, III, IV, V	Al impartir este diplomado, buscamos reforzar las habilidades del personal que tiene a su cargo colaboradores y de esta manera ayudar a la eficiencia y calidad en el desempeño de sus labores.	60	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,000

APORTE INAP: 0





Listado de asistencia del Participante.

Nomenclatura: INAP-FGC-001 Tipo
Documento: Formulario Version: 1 Fecha de
Vigencia: 28/01/2019

Código:	04-101-7872-26-25-P	Horario:	08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM / /
Curso:	Inducción a la Administración Pública	Salon:	A definir
Fecha Inicio:	2026-02-24	Facilitador:	Wendy Paulma Peña Báez
Fecha Fin:	2026-03-27	Coordinador:	Yaniris Espinal
Días:	Martes / Miercoles Miercoles / Jueves / /	Institución:	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña
Modalidad:	Presencial	Total de Horas:	18

No.	Nombres y Apellidos	Cargo	Grupo	Institución	Genero	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Calificación
1	Betty Ventura	Analista de Recursos Humanos	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		96
2	Marlem Mary Ann Gallurdo Pena	Residente	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	No		88
3	Nicole Holguin		"		F	Si	Si	Si	Si		97
4	Pedro Samuel Rodríguez Gómez	Medico residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
5	Alejandro Miguel Garcia Rodriguez	Auxiliar Administrativo	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		90
6	Deliana Morel Torres	Auxiliar Administrativo	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
7	Hildania Reyes	Médico residente	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	No	No		20
8	Ranndy Grullon	Medico residente de primer año en anestesiología	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
9	Leonela Garcia Cabrera	Residente de primer año Ginecología y obstetricia	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
10	Felix Isaac Gil Toribio	Medico residente	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	No		20
11	Andrea Virginia Maria Lopez	Médico Residente de primer año	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	No	No		20
12	Walden Enmanuel Tavárez		"		M	No	No	No	No		20
13	Guillermo Danilo Taveras Rancier	Medico residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		88
14	Luisa Suero	Médico residente de ginecología y obstetricia	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
15	Rachell Sosa Ortega	Médico Residente de Ginecología y Obstetricia	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
16	Leydy Anny Ayala Marte		"		F	Si	Si	Si	Si		95
17	Lisbeth Rodriguez Fernández	Residente de Medicina Interna	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
18	Renisse Gonzalez	Residente de Medicina Interna	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	No	Si	Si		90
19	Giovanny Collado	Médico residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	No		80
20	Yessica Gómez Almánzar	Médico Residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
21	José Ramón Canela Marte	Residente neonatología	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		88
22	Henry Cornelio	Encargado de Desarrollo e Implementación de Sistemas	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		90
23	Juan Gabriel Sierra	Soporte Técnico Informático	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		90
24	Junior Ramos	Asistente directivo	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	No		20
25	Kendry De Jesus Reyes Garcia	Técnico de Datos Estadísticos	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
26	Paul Sanchez	Auxiliar Administrativo	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	No	No	No	No		20
27	ANA TERESA HERNANDEZ VERAS	Supervisora enfermeria	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	No	No		20
28	Kevin Hernandez		"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
29	Miledys Rojas Nuñez	Encargado de Planificación y Desarrollo	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		98
30	Saray Alexandra Moscat Vargas	Técnico de Calidad en La Gestión	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	No	No	No	No		20

33	Yerica Cepeda Rodríguez	Encargado Administrativo	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
34	Camila Peña Santos	Secretaria	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
35	Osmarlin Torres	Técnico de Contabilidad	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		90
36	RUTH ESTHER SANTOS POLANCO	Recepcionista	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña Santiago de los Caballeros	F	Si	Si	Si	Si		95
37	Soleny Altagracia Almonte De Pena	BIOANALISTA	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		98
38	CONSTANTINO ROSARIO MORILLO	Analista de Capacitación y Desarrollo	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95

Hombres	Mujeres	Discapacitados	Carrera	Contratado	Fijos	Carrera Municipal	Contratado Municipal	Publico General	Aprobado	Reprobado	Total
15	23	1	0	23	12	0	0	3	29	9	38

Firma Facilitador	Firma Coordinador

















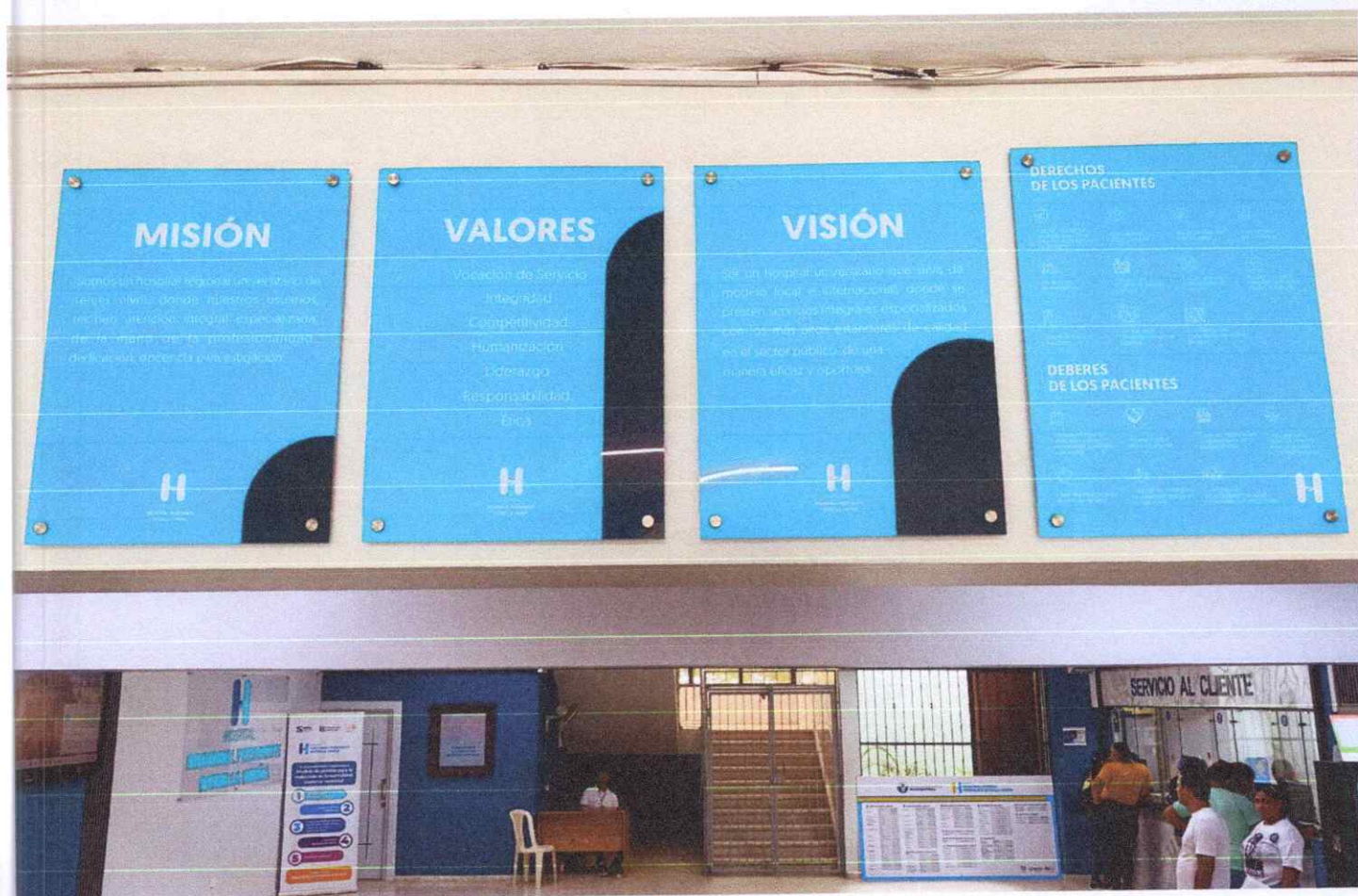








Colocación de Señaléticas



02.04.03 Informe de avance del
[Plan Anual de Capacitación](#)
con sus evidencias,

Evelyn
Amador

31/03/2027

30

02.05 Porcentaje de cumplimiento del POA

PUNTOS

87

PESO

3.06

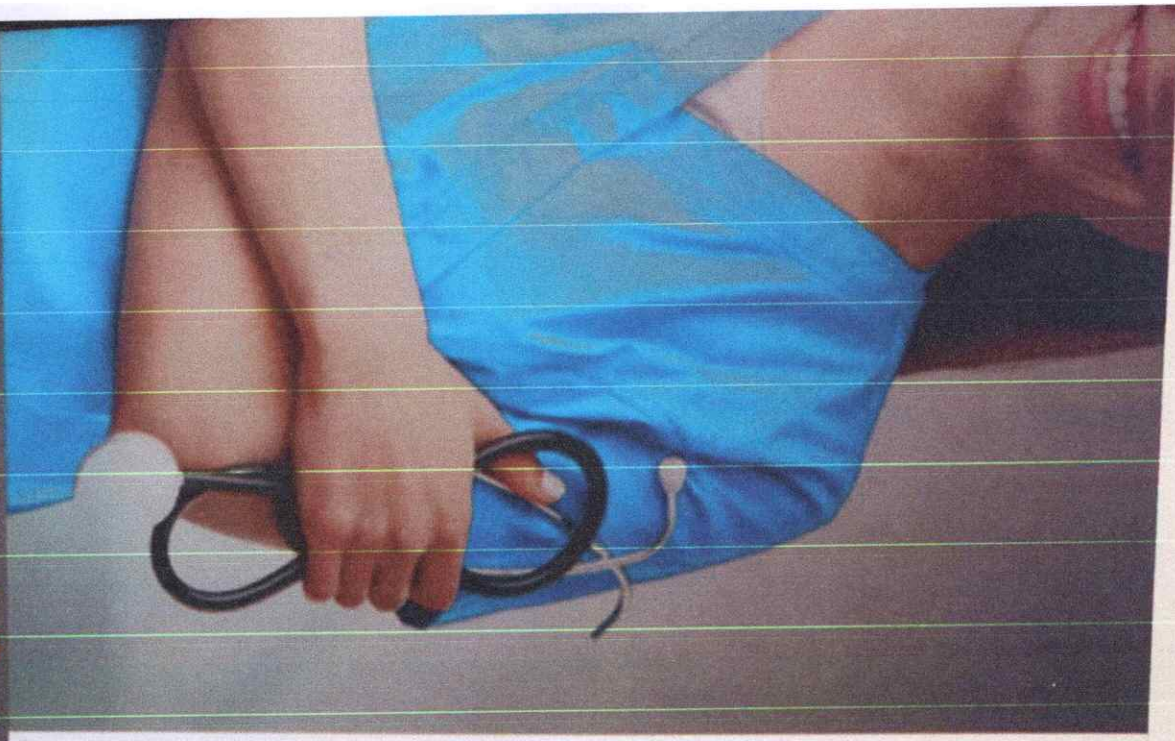
RESULTADO

2.66

Tabla de Valoración

EVIDENCIA	FECHA VENCIMIENTO	VERIFICADO POR	VALOR	ESTADO
02.05.01 Porcentaje de Cumplimiento del POA	15/09/2026	Rociolys Ramos	87	





Por favor inicia sesión en tu cuenta.

Usuario

CRISTIAN ZORRILLA

Contraseña

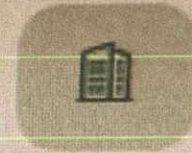
.....

[Recuperar Contraseña](#)

[Entrar al Sistema](#)



DELL



Pacientes



Forma
Registro

Administración de Pacientes



Facturación

Ambulatorio

Trabajo Social

Emergencia

Hospitalización



BUSCAR PACIENTE



***TIPO DOCUMENTO**



Cédula



Filtrar por Vinculados



Pacientes

Administración de Pacientes

Facturación



Formulario Paciente

Registro y actualización de pacientes en el sistema.



BUSCAR PACIENTE POR

*TIPO DOCUMENTO

☒ Cédula

☐ NSS

☐ Pasaporte

☐ Filtrar por Vinculados

Documento

Nombre

Record Hospital

Expediente

Teléfono

*DOCUMENTO

Q. Búsqueda

Q. Limpieza

Subindicador 2.2.1

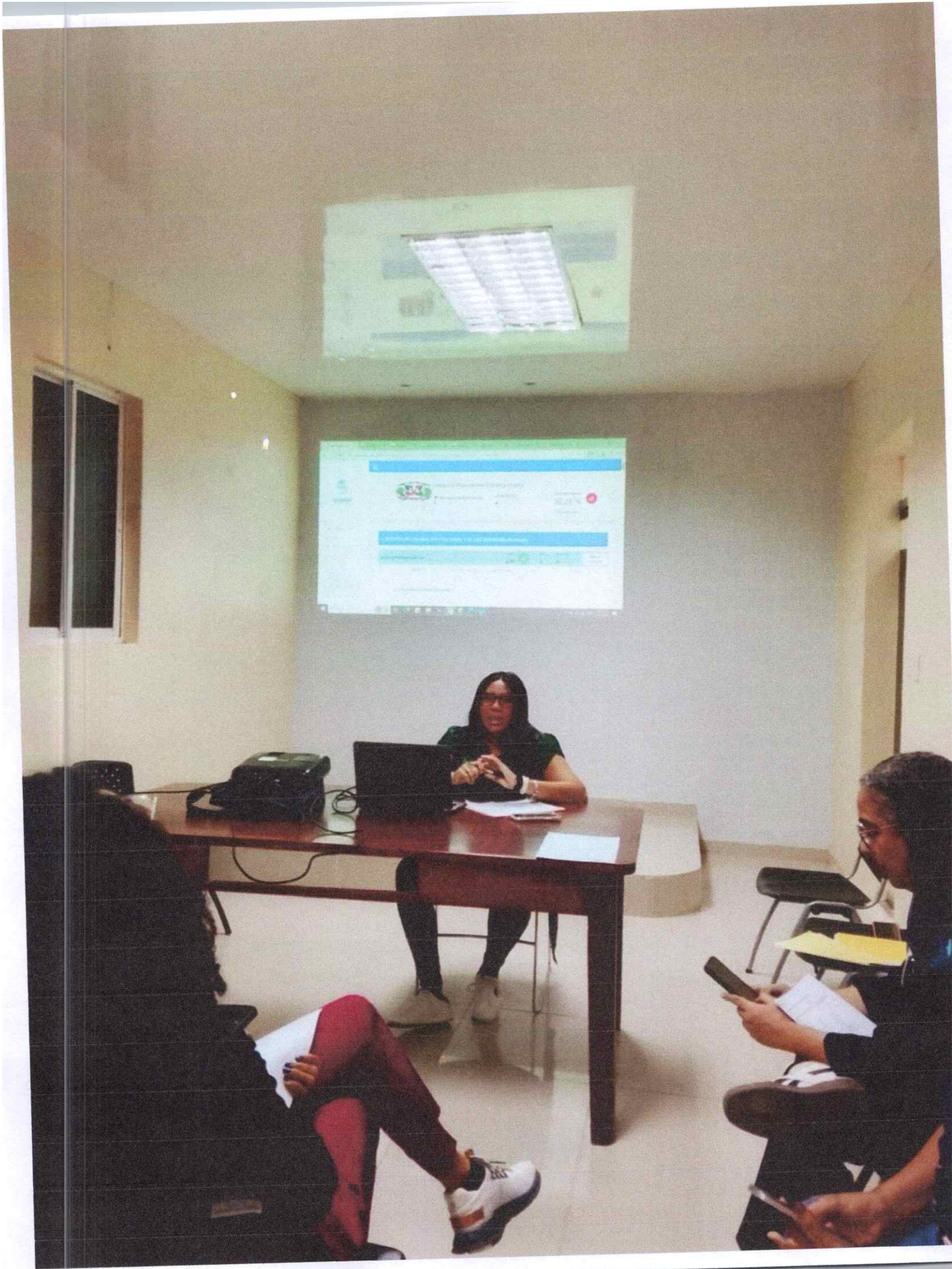
La Organización:

Acción de Mejora	Tareas Realizadas	Estado Realización
Socialización de objetivos de la institución	Con los grupos de interés se realizaron reuniones con el objetivo de socializar ideas para la mejora de nuestros servicios y el bienestar de nuestros colaboradores.	100%

Subindicador 2.4

Gestionar el cambio y la innovación para garantizar la agilidad y la capacidad de recuperación de la organización:

Acción de Mejora	Tareas Realizadas	Estado Realización
Socialización de ideas con encargados departamentales	Con los grupos de interés se realizaron reuniones con el objetivo de socializar ideas para la mejora de nuestros servicios y el bienestar de nuestros colaboradores.	100%





Colocación de Señaléticas



				Fecha:	22/1/2026
Área o Departamento:		Subdirección Médica.			
Hora de Inicio:	9:30 am	Hora de Término:	10:10 am	Lugar:	Salón de Enfermería

TEMAS DE AGENDA

HRPEU 3.2.2.16 Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente.

- ✓ Palabras de bienvenida
- ✓ Objetivo general del comité: Evaluar de manera sistemática la calidad de la atención brindada a los usuarios, identificando las causas que originan problemáticas que afectan la seguridad y la calidad de la atención médica, con el propósito de definir e implementar acciones de mejora continua.
- ✓ Revisión de los acuerdos del acta anterior

Temas a desglosar

- ✓ FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
 - * Incentivar la discusión de casos clínicos cuando involucren dos o más especialidades.
 - * Promover el consenso clínico en las conductas médicas para una atención integral y segura del paciente.
- ✓ INTERCONSULTAS MÉDICAS OPORTUNAS
 - * Evaluación de los tiempos de respuesta a las interconsultas.
 - * Impacto de la oportunidad de las interconsultas en la evolución y satisfacción del paciente.
- ✓ SEÑALIZACIÓN INSTITUCIONAL Y SEGURIDAD HOSPITALARIA
 - * Revisión de la correcta señalización de las áreas asistenciales.
 - * Verificación de rutas de evacuación y manejo adecuado de desechos hospitalarios.
- ✓ APEGO A LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS
 - * Importancia del cumplimiento de guías y protocolos clínicos.
 - * Prevención de estancias hospitalarias prolongadas y eventos adversos.
- ✓ PROPUESTAS / ACUERDOS / EVENTUALIDADES / OPORTUNIDADES DE MEJORA
 - * Eventualidad reportada (acciones correctivas y preventivas.)

Revisión de Acta
Anterior:

SI ☒ No ☐ N/A ☐

DETALLES DE LA REUNIÓN

A cargo de la **Dra. Tejada**, se dio inicio a la reunión del comité, destinando previamente unos minutos para desglosar y dar seguimiento a los acuerdos establecidos en la reunión anterior, antes de proceder con el desarrollo de la agenda programada. En este espacio se revisó el

avance del levantamiento de las áreas hospitalarias, iniciativa que se mantiene en ejecución de manera mensual con la finalidad de identificar de forma oportuna debilidades, necesidades y oportunidades de mejora en las distintas áreas asistenciales y administrativas, contribuyendo así al fortalecimiento de la calidad de la atención brindada a los usuarios y a la optimización de los procesos hospitalarios.

Posteriormente, se dio continuidad a la reunión destacando la importancia del trabajo articulado y del seguimiento sistemático de los acuerdos previos como herramientas fundamentales para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente. El objetivo general del comité es evaluar de manera sistemática la calidad de la atención ofrecida a los usuarios, identificando las causas que originan problemáticas que afectan la seguridad y la calidad del servicio, con el propósito de definir, implementar y dar seguimiento a acciones de mejora continua orientadas a optimizar los resultados clínicos y la experiencia del paciente.

Como primer punto importante en la reunión, se enfatizó la necesidad de trabajar en equipo entre especialidades médicas, así fortalecer el seguimiento de nuestros usuarios hospitalizados, es por esto que se estableció iniciar reuniones periódicas por grupos de especialidades médicas, con la finalidad de analizar de manera más específica las situaciones propias de cada área, fortalecer la comunicación interdisciplinaria y mejorar la coordinación de la atención, garantizando un abordaje integral, oportuno y seguro del paciente. En este sentido, se resaltó la importancia de incentivar la discusión de casos clínicos cuando estos involucren dos o más especialidades, así como promover el consenso clínico en las conductas médicas, favoreciendo decisiones alineadas y centradas en el bienestar del paciente.

Asimismo, se abordó la necesidad de fortalecer la oportunidad de las interconsultas médicas, evaluando los tiempos de respuesta y su impacto en la evolución clínica, la duración de la estancia hospitalaria y la satisfacción del paciente, reconociendo que una interconsulta oportuna constituye un elemento clave para la seguridad y calidad de la atención. De igual manera, se revisaron aspectos relacionados con la señalización institucional y la seguridad hospitalaria, haciendo énfasis en la correcta identificación de las áreas asistenciales, la verificación de las rutas de evacuación y el manejo adecuado de los desechos hospitalarios, como medidas esenciales para la prevención de riesgos y la protección de pacientes, visitantes y personal de salud.

Durante la reunión se destacó la importancia del apego a los protocolos y guías clínicas institucionales, señalando que su cumplimiento reduce sesgos clínicos y decisiones subjetivas, al basar la conducta médica en evidencia científica y consensos institucionales, así mismo se pueden prevenir eventos adversos y evitar estancias hospitalarias prolongadas, fortaleciendo la calidad y eficiencia del servicio.

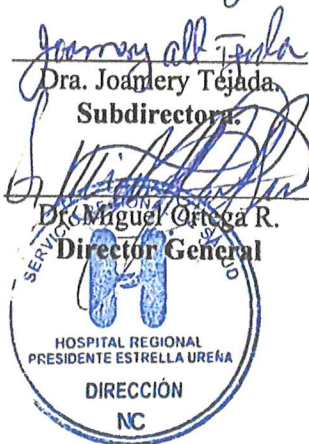
Se concedió un turno de participación a todos los presentes que desearon brindar aportes, observaciones o sugerencias en relación con cada uno de los temas abordados durante la jornada. Una vez concluido este espacio de intercambio y no habiendo otros puntos que tratar, se dio por finalizada la sesión a las 10:10 a. m.

	Acuerdo / Compromiso	Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
				SI	NO
1.	Reuniones periódicas con los encargados médicos departamentales para establecer metas estratégicas que optimicen el rendimiento de cada área.	Dirección / Subdirección	3 meses	☐	☐

	Convocados o Representantes	Asistió SI ☒ No ☐	No Asistió		Firma
			J	NJ	
1.	Dra. Joamery Tejada	SI ☒ No ☐	☐	☐	<i>Joamery alt Tejada</i>
2.	Licda. Saray Moscat	SI ☒ No ☐	☐	☐	<i>Saray Moscat</i>

J= Justificada, NJ= No justificada

Coordinador de la Reunión:	Dra. Joamery Tejada	<i>Joamery alt Tejada</i>
Relator:	Dra. Esthely Ortega	<i>Esthely U. Ortega</i>



AGENDA DE REUNIÓN

COMITÉ DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO GENERAL DEL COMITÉ

Evaluar de manera sistemática la calidad de la atención brindada a los usuarios, identificando las causas que originan problemáticas que afectan la seguridad y la calidad de la atención médica, con el propósito de definir e implementar acciones de mejora continua.

TEMAS A TRATAR

- ✓ **FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**
 - Incentivar la discusión de casos clínicos cuando involucren dos o más especialidades.
 - Promover el consenso clínico en las conductas médicas para una atención integral y segura del paciente.
- ✓ **INTERCONSULTAS MÉDICAS OPORTUNAS**
 - Evaluación de los tiempos de respuesta a las interconsultas.
 - Impacto de la oportunidad de las interconsultas en la evolución y satisfacción del paciente.
- ✓ **SEÑALIZACIÓN INSTITUCIONAL Y SEGURIDAD HOSPITALARIA**
 - Revisión de la correcta señalización de las áreas asistenciales.
 - Verificación de rutas de evacuación y manejo adecuado de desechos hospitalarios.
- ✓ **APEGO A LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS**
 - Importancia del cumplimiento de guías y protocolos clínicos.
 - Prevención de estancias hospitalarias prolongadas y eventos adversos.
- ✓ **PROPUESTAS / ACUERDOS / EVENTUALIDADES / OPORTUNIDADES DE MEJORA**
 - Eventualidad reportada (acciones correctivas y preventivas.)



**Servicio Nacional de Salud
Servicio Regional de Salud Cibao Norte
Hospital Regional Presidente Estrella Ureña**

ACTA CONSTITUTIVA

**COMITÉ DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

Siendo las **10:00 AM** horas del día **13** del mes de **Enero** del año **2026** en la ciudad de **Santiago**, del municipio **Santiago**, y provincia **Santiago**, el director(a) **Dr. Miguel A. Ortega Ramos** del establecimiento de salud **Hospital Regional Presidente Estrella Ureña** en cumplimiento al Reglamento Hospitalario, Decreto 434-07 del año 2007, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social convocó a todos los funcionarios responsables en este centro hospitalario conformar el Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente.

Tendrá como objetivo general: Evaluar la calidad de la atención a los usuarios, identificando las principales causas que gestan los problemas relacionados con la falta de calidad de la atención médica con el fin de que los servicios avancen en las propuestas de mejora continua que puedan hacer superar estos problemas.

Estableciendo

Que a partir de la fecha queda formalmente constituido el Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, cuyas funciones básicas son:

- a) Coordinación de la programación anual de las actividades del Comité Hospitalario para la mejora de la calidad.
- b) Convocar a los integrantes del Comité a reuniones ordinarias mensualmente y extraordinarias cuando sea necesario.
- c) Coordinar las reuniones y las acciones inherentes bajo el orden del día previamente programado.
- d) Desarrollar permanentemente programas de capacitación y entrenamientos multidisciplinarios.
- e) Formular, dirigir y coordinar las actividades hospitalarias referentes al Comité, facilitando la participación de todos los miembros del Centro de Salud.
- f) Elaborar, implementar, probar, actualizar y ejecutar planes de mejora.
- g) Coadyuvar en las actividades de planeamiento, organización y evaluación del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente.
- h) Realizar trámites y gestiones para llevar con eficiencia las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité (orden del día, relatoría de acuerdos, lista de participantes en cada reunión, firma de la minuta y documentos).
- i) Tramitar los reportes de evaluación para realizar la entrega a las autoridades correspondientes.

- j) Coordinar la elaboración de los documentos e instrumentos normativos y de operación para la integración y desarrollo de actividades del Comité.

Queda integrado el Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente de la siguiente manera:

Cargo en el Comité	Nombre	Posición	Firma
Coordinador	DR. MIGUEL A. ORTEGA R.	DIRECTOR	
Secretario	LICDA. SARAY MOSCAT	ENCARGADA	Saray Moscat
Vocal titular	LICDA. NUESTRA RODRIGUEZ	ENCARGADA	Nuestra Rodriguez
Vocal titular	DRA. MARIELA RODRIGUEZ	ENCARGADA	Mariela Rodriguez
Vocal titular	LIC. RAMON PEREZ	ENCARGADO	Ramon Perez
Vocal titular	DRA. ARACELIS ROJAS	ENCARGADA	Aracelis Rojas
Vocal titular	DR. SANDY MONCION	ENCARGADO	Sandy Moncion
Vocal titular	DR. CARLOS CRUZ	ENCARGADO	Carlos Cruz
Vocal titular	DRA. ESTHELY ORTEGA	ASISTENTE SUBDIRECCION	Esthely Ortega
Vocal titular	DR. JORGE BELTRE	ENCARGADO	Jorge Beltre
Vocal titular	LICDA. YERICA CEPEDA	ENCARGADA	Yerica Cepeda
Vocal titular	DRA. ANABEL RIVERA	ENCARGADA	Anabel Rivera
Vocal titular	Dr. MANACÉS PEÑA	ENCARGADO	Manacés Peña
Vocal titular	LICDA. JORDANIA ALMONTE	ENCARGADA	Jordania Almonte
Vocal titular	DRA. ARLIN ALMANZAR	ENCARGADA	Arlin Almanzar
Vocal titular	LICDA. JORDANIA ALMONTE	ENCARGADA	Jordania Almonte
Vocal titular	DR. CARLOS CRUZ	ENCARGADO	Carlos Cruz
Vocal titular	DR. SANDY MONCION	ENCARGADO	Sandy Moncion
Vocal titular	DRA. PATRICIA REYES	ENCARGADA	Patricia Reyes

Firma del Director (a) y sello del Establecimiento de Salud

HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA
DIRECCIÓN
NC



Nombre de la Actividad:

HRPEU3.2.2.16 Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente.

Área Responsable: Subdirección Médica

Fecha: 13/1/2026

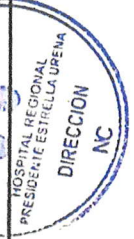
Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 9:30 a.m.

Lugar/Plataforma: Salón Enfermería

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Patricia Rely Lombardo	F	2250270092-1	Coordinadora	H.A.P.E.U		829-605-1454
Tommy A. Soto	F	N/A	Recepcionista	H.A.P.E.U		809 989 3759
Henry Cornelio	M	047 2077 600-6	Recepcionista	H.R.P.E.U		809-325-8339
Idelfonso Enc	F	N/A	Recepcionista	H.R.P.E.U		809-781-2722
Adriana Rodríguez	F	002-0011542-7	Recepcionista	H.P.S.U.		800-575-9391
Nikolay Reyes	F	03104384148	Planificadora	H.R.P.E.U		809 465 7431
JUAN JOSE ROSAMU	M	031-043231-7	ETADISTICA	H.P.E.U		829-339-1551
Yolanda Lora	F	001-0048064-1	Recepcionista	H.P.E.U		(809) 904-1258
Georgera Rivera	M	081-0013933-3	Recepcionista	H.P.E.U		809 977 8873
Adriana Lombardo	F	054-0010137-3	Recepcionista	H.R.P.E.U		809-519-4234
Carla Lora	M	N/A	Recepcionista	H.R.P.E.U		829-255-4332
Maribel Marmol	F	031-0551538-1	Recepcionista	H.R.P.E.U		819-261-9414
Adriana Soto	M	031-0297678-0	Recepcionista	H.R.P.E.U		809-440-2576
Orlando Soto	F	046-0002909-8	Recepcionista	H.R.P.E.U		809 806 0523
Norma Alt. Torres	F	054 0167312	Recepcionista	H.R.P.E.U		809-723-0419
Adriana Lora	M	055-0007777-1	Recepcionista	H.R.P.E.U		809 315 0655

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

[illegible]

				Fecha:	19/03/2026
Área o Departamento:		Subdirección Medica.			
Hora de Inicio:	10:25 am	Hora de Término:	11:40 am	Lugar:	Salón de Enfermería

TEMAS DE AGENDA
HRPEU 3.2.2.16 Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente.
Agenda de la reunión

1. Palabras de bienvenida.
2. Lectura y seguimiento de acuerdos de la reunión anterior.
3. Presentación de avances en las socializaciones con departamentos médicos.
4. Implementación de mejoras en procesos asistenciales.
5. Seguimiento a iniciativas de atención al usuario.
6. Supervisión de áreas y mantenimiento institucional.
7. Espacio para observaciones y aportes.

 Revisión de Acta
 Anterior:

 SI ☒ No ☐ N/A ☐
DETALLES DE LA REUNIÓN

Se da inicio formal a la reunión en fecha de hoy a las 10:25 a.m., encabezada por la Subdirección, quien ofrece palabras de bienvenida y agradecimiento a todos los presentes, destacando la puntualidad y el compromiso con los procesos de mejora institucional.

Acto seguido, se procede a la lectura y seguimiento de los acuerdos establecidos en la reunión anterior, dentro de los cuales se encontraba como punto prioritario la realización de encuentros con los distintos departamentos médicos, con la finalidad de identificar debilidades en los procesos asistenciales y establecer estrategias concretas orientadas a mejorar la calidad de la atención brindada, así como disminuir los tiempos de espera para los usuarios.

En cumplimiento de dichos acuerdos, se informa la realización de la socialización con los departamentos clínicos, llevada a cabo el día 24/02/2026 en el salón de Medicina Interna. Durante este encuentro se abordaron aspectos clave relacionados con el tiempo promedio de hospitalización, la respuesta oportuna a las interconsultas y la adecuada gestión de la consulta externa en cuanto al número de pacientes atendidos. Como resultado, se definieron pautas y lineamientos dirigidos a fortalecer estos procesos y corregir las debilidades identificadas.

De igual manera, como parte del plan de mejora continua, se sostuvo reunión con los departamentos de Cirugía General y Nefrología, en la cual se analizaron las principales limitantes que retrasan la ejecución de procedimientos, especialmente en pacientes que requieren acceso para hemodiálisis. A partir de esta socialización, se elaboró un protocolo interno que establece de manera clara los pasos a seguir para la colocación de catéter de hemodiálisis, con el objetivo de optimizar los tiempos de respuesta y garantizar una atención más eficiente y segura para los pacientes.

En otro orden, se informa que el día 06 de marzo se realizó un acercamiento entre Dirección, Subdirección y el departamento de SAI, con el propósito de efectuar un levantamiento de las condiciones del área, identificar necesidades prioritarias y establecer acciones conjuntas que permitan fortalecer la organización, funcionamiento y calidad del servicio ofrecido.

Dando continuidad a los procesos de mejora en la atención al usuario, se recuerda que en el mes anterior se recibió la solicitud para la habilitación de una línea telefónica destinada a la gestión de citas vía WhatsApp. En ese sentido, se comunica que la línea ya se encuentra disponible, quedando pendiente la coordinación con el departamento de tecnología para la puesta en funcionamiento formal del sistema.

Asimismo, se mantiene la ejecución de levantamientos y supervisiones mensuales en todas las áreas del hospital, con el objetivo de identificar de manera oportuna las necesidades existentes y dar respuesta inmediata a las mismas. Como parte de este proceso de mejora continua, se hace constar la incorporación de nuevo mobiliario clínico, específicamente mesas, en las áreas de Medicina Interna, habitaciones quirúrgicas, privadas y Cardiología, lo cual contribuye a optimizar las condiciones de atención, fortalecer la organización de los espacios y garantizar mayor comodidad y calidad en la atención brindada a los pacientes.

De igual forma, se da continuidad a los operativos de limpieza en áreas críticas durante la semana, así como a los trabajos de pintura y mantenimiento interno, orientados a garantizar un ambiente adecuado, seguro y digno para la atención de los pacientes.

Finalmente, se habilita un espacio para opiniones, preguntas y aportes por parte de los participantes, fomentando la participación activa y el fortalecimiento del trabajo en equipo.

No habiendo otros puntos que tratar, se da por concluida la reunión en horario de 11:40am.

Acuerdo / Compromiso		Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
				SI	NO
1.	Reuniones periódicas con los encargados médicos departamentales para establecer metas estratégicas que optimicen el rendimiento de cada área. (Próxima reunión febrero).	Dirección / Subdirección	3 meses	☒	☐



Convocados o Representantes		Asistió	No Asistió		Firma
			J	NJ	
1.	Dra. Joamery Tejada	SI ☒ No ☐	☐	☐	<i>Joamery alt. Tejada</i>
2.	Licda. Saray Moscat	SI ☒ No ☐	☐	☐	<i>Saray Moscat</i>
3.	Lic. Ramón Pérez	SI ☒ No ☐	☐	☐	<i>Ramón Pérez Durán</i>
4.	Todos los encargados de área	SI ☒ No ☐	☐	☐	Ver listado anexo

J= Justificada, NJ= No justificada

Coordinador de la Reunión:	Dra. Joamery Tejada
Relator:	Dra. Esthely Ortega

Joamery alt. Tejada
Dra. Joamery Tejada.
Subdirectora.

Dr. Miguel Ortega R.
Dr. Miguel Ortega R.
Director General



Área Responsable: Subdirección

Modeling and Simulation

Lugar/Plataforma: Salón de Enfermería

Fecha: 19/3/2026

Hora: 10:00 a. m.

SNS
SUB
DIRECCIÓN
SANTIAGO, F.T.
Hospital Presidente Soto

Socialización departamentos Médicos Clínicos

Martes 24 de Febrero 2026

Agenda a desarrollar

- ✓ Tiempos promedio de hospitalización/ Identificación de causas de prolongación innecesaria.
- ✓ Tiempo oportuno de respuesta a las interconsultas. / Seguimiento y cierre efectivo de las mimas.
- ✓ Mejora en los canales de comunicación evitando así repetición de analistas / estudios.
- ✓ Firma del especialista responsable en los récords.
- ✓ Número de pacientes vistos en consultas /12 citados- 3 emergencias
- ✓ Pase de visita en sala de hospitalización por los especialistas con récord en mano.
- ✓ Pase de visita a los pacientes en emergencias.
- ✓ Entrega oportuna de los documentos solicitados al departamento de recursos humanos.



Nombre de la Actividad:

Socialización de protocolos y elaboración de plan estratégico con los encargados de departamentos médicos

Área Responsable: Subdirección

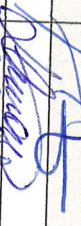
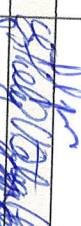
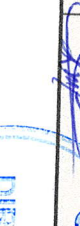
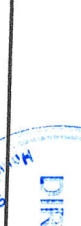
Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Fecha: 24/2/2026

Lugar/Plataforma: Salón Medicina Interna

HOSPITAL REGIONAL
PRESIDENTE ESTRILLERA U.
DIRECCIÓN
Hora: 9:30 a.m.

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Germán del Solar	F	N/A	Medico	HAREU		809-223-0414
Nanda Jijón	F	N/A	Enc. Neurología	HAREU		809-983-2018
Virginia Jijón	F	N/A	Enc. Neurología	HAREU		809-846-0046
Leidy H. Bojórquez	U	N/A	Enc. Emergencia	HAREU		829-738-0550
Elizabeth Cordero	F	N/A	UCC	HAREU		809-739-1555
Linny Bm.	M	03-0205721-E	Landi	HAREU		800-914-0009
Alfonso Alvarado	M	03-0293520-3	Gerente	HAREU		alfonso.alvarado@hospregional.com
Carlos Bm.	M	03-011820-1	Med. Int.	HAREU		DIRECCION@hospregional.com
Alfonso Alvarado	F	03-0293520-3	Gerente	HAREU		alfonso.alvarado@hospregional.com
Alexander Ballester	F	035-0220000-3	Enc. Emergencia	HAREU		alexander.ballester@hospregional.com
Camila Ballester	F	035-0220000-3	Enc. Emergencia	HAREU		camila.ballester@hospregional.com
Yennifer C. Olivares	H	03102504549	Neurología	HAREU		yennifer.olivares@hospregional.com
Yennifer C. Olivares	M	031-0255115	Neurología	HAREU		yennifer.olivares@hospregional.com
Yennifer C. Olivares	F	N/A	Neurología	HAREU		yennifer.olivares@hospregional.com
Yennifer C. Olivares	M	035-0220000-3	Enc. Emergencia	HAREU		yennifer.olivares@hospregional.com
Yennifer C. Olivares	M	031-0255115	Neurología	HAREU		yennifer.olivares@hospregional.com
Yennifer C. Olivares	M	031-0255115	Neurología	HAREU		yennifer.olivares@hospregional.com

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

SUBDIRECCIÓN
DIRECCIÓN
SANTIAGO, F.D. U.
Presidente Ejecutivo

Participants

[illegible]

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Jueves 26 de Febrero
Santiago, Rep. Dom

A: Departamentos médicos.

Asunto: Protocolos Institucionales.

Luego de un cordial saludo,

La presente tiene como finalidad comunicar que, tras la reunión sostenida el día 24 de febrero y luego de socializar diversos inconvenientes identificados en el desarrollo de los procesos institucionales, se ha dispuesto reforzar y poner en práctica las siguientes medidas, orientadas a garantizar la calidad y eficiencia de los servicios brindados a nuestros usuarios:

1. Cada especialista cubrirá un mínimo de una (1) semana continua de servicio, a fin de asegurar mayor control y seguimiento de los pacientes hospitalizados.
2. El pase de visita deberá realizarse revisando el récord clínico, garantizando decisiones médicas debidamente fundamentadas.
3. Todo paciente con más de 5 a 7 días de hospitalización será presentado en reunión médica para discutir y consensuar conducta, evitando estancias prolongadas innecesarias.
4. La comunicación de interconsultas no recaerá únicamente en el residente; los especialistas deberán mantener comunicación directa para agilizar los procesos.
5. Antes de indicar nuevos estudios, se verificarán los resultados recientes en el récord clínico y en la plataforma de laboratorio, evitando duplicidad de exámenes.
6. El laboratorio procesará la troponina cuantitativa únicamente cuando la indicación esté debidamente sellada y autorizada por el Departamento de Cardiología.
7. Se enfatiza mantener un trato humanizado hacia los pacientes y cumplir la agenda programada (12 consultas y 3 emergencias, según el flujo de cada especialidad).
8. Es obligatorio que los especialistas firmen los récords clínicos correspondientes.
9. Se mantiene el pase de listado exclusivo para especialistas en los salones de residencia, debiendo el médico saliente realizar la entrega formal de la guardia.
10. Toda licencia, vacaciones o ausencia deberá notificarse oportunamente a Recursos Humanos, Consultas Especializadas y Atención al Usuario.

Agradecemos su colaboración y compromiso para el cumplimiento de estas disposiciones, las cuales buscan optimizar nuestros procesos y fortalecer la calidad de atención ofrecida a la población.

Sin otro particular, reiteramos nuestra disposición de continuar trabajando en equipo por la mejora continua institucional.

Atentamente,

Dr. Miguel Ortega
Director General



Jueves 26 de Febrero 2026
Santiago Rep. Dom.

A; **Dr. Sandy Monción**, Encargado Depto. de Cirugía General.

Asunto: Convocatoria a Reunión Extraordinaria

Reciba un Cordial saludo.

Por medio de la presente se le convoca a participar en la socialización interdepartamental con la finalidad de abordar diversos puntos relacionados con los servicios de Nefrología y Cirugía General, así fortalecer la coordinación, optimizar los procesos asistenciales.

 **Fecha:** Lunes 3 de Marzo.

 **Hora:** 10:30 a. m.

 **Lugar:** Dirección

Agradecemos de antemano su puntual asistencia y disposición.

Atentamente;


Dra. Joamery Tejada
Subdirectora



Jueves 26 de Febrero 2026
Santiago Rep. Dom.

A; **Dra. Anny Ovalles**, Encargada Depto. Nefrología

Asunto: Convocatoria a Reunión Extraordinaria

Reciba un Cordial saludo.

Por medio de la presente se le convoca a participar en la socialización interdepartamental con la finalidad de abordar diversos puntos relacionados con los servicios de Nefrología y Cirugía General, así fortalecer la coordinación, optimizar los procesos asistenciales.

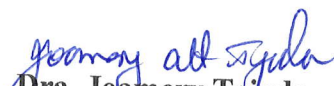
 **Fecha:** Lunes 3 de Marzo.

 **Hora:** 10:30 a. m.

 **Lugar:** Dirección

Agradecemos de antemano su puntual asistencia y disposición.

Atentamente;


Dra. Joamery Tejada
Subdirectora



Jueves 26 de Febrero 2026
Santiago Rep. Dom.

A; **Dr. Francisco Núñez**, Coordinador residencia Cirugía General

Asunto: Convocatoria a Reunión Extraordinaria

Reciba un Cordial saludo.

Por medio de la presente se le convoca a participar en la socialización interdepartamental con la finalidad de abordar diversos puntos relacionados con los servicios de Nefrología y Cirugía General, así fortalecer la coordinación, optimizar los procesos asistenciales.

 **Fecha:** Lunes 3 de Marzo.

 **Hora:** 10:30 a. m.

 **Lugar:** Dirección

Agradecemos de antemano su puntual asistencia y disposición.

Atentamente;


Dra. Joamery Tejada
Subdirectora





DGC-FO-001 Versión: 06
Fecha de aprobación: 27/04/2023

Socialización con los Departamentos Médicos de Cirugía General y Nefrología

Fecha: 2/3/2026

Hora: 10:30 a. m.

Hora: 10:30 a. m.

[illegible]

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Lunes 2 de Febrero 2026

Santiago Rep. Dom.

Protocolo para la colocación de catéter de Hemodiálisis

Con el objetivo de estandarizar el procedimiento, garantizar la seguridad del paciente y asegurar la adecuada supervisión médica, se establecen los siguientes lineamientos para la colocación de catéteres de hemodiálisis:

1. Comunicación previa obligatoria

Antes de realizar cualquier intento de colocación, el residente deberá comunicarse con el Médico Adscrito (MA) de servicio de Cirugía Vascular, a fin de que este indique la vía más pertinente para la colocación del catéter y oriente el abordaje del procedimiento según las condiciones clínicas del paciente.

No se iniciará el procedimiento sin haber realizado esta comunicación previa.

2. Personal autorizado

La colocación de catéteres de hemodiálisis será realizada exclusivamente por residentes de tercer (R3) y cuarto (R4) año en el área de quirófano, a excepción de los pacientes de cuidados intensivos, realizando un check list del proceso a fin de que el mismo quede documentado.

3. Número de intentos permitidos

El residente no podrá realizar más de dos (2) intentos de colocación del catéter.

En caso de no lograr la colocación exitosa dentro de estos intentos, deberá suspender el procedimiento y proceder según el esquema de escalamiento establecido.

4. Escalamiento

Si tras los dos intentos el procedimiento no ha sido exitoso:

- El residente deberá contactar nuevamente al Médico Adscrito (MA) de Cirugía Vascular.
- Si este no responde oportunamente, el residente deberá comunicarse con el Médico Adscrito (MA) de servicio del Departamento de Cirugía General, quien asumirá el dar seguimiento activo al proceso, incluyendo la comunicación directa con el Médico Adscrito (MA) de Cirugía Vascular, hasta la resolución del procedimiento.

6. Solicitud del catéter

Al momento de realizar el pedido del catéter de hemodiálisis, el residente deberá especificar de manera detallada:



- Tipo de catéter
- Longitud
- Calibre (French)
- Cualquier otra característica técnica necesaria

No se aceptarán solicitudes en farmacia sin las especificaciones correspondientes.

Con la implementación de estas medidas garantizamos una atención segura, estandarizada, su aplicación adecuada reduce complicaciones, mejora resultados clínicos y favorece a la calidad del servicio, promoviendo una practica medica mas eficiente y centrada en la seguridad del paciente.

Atentamente;

Dr. Miguel Ortega
Director General



Nombre de la Actividad:

Socialización y fortalecimiento de los protocolos con el departamento SAI

Área Responsable: Dirección / Subdirección

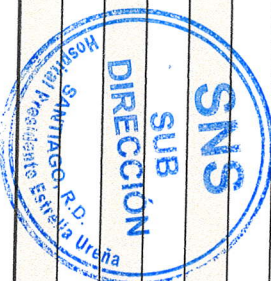
Fecha: 6/3/2026

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 8:00 a. m.

Lugar/Plataforma: Sala Situacional

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Verónica del Tránsito	F	ULA	Asesora	HAPEU		809-723-0419
Yanet Rodríguez	F	ULA	Asesora SAT	HAPEU		809-243-6705
Juan Roberto	F	ULA	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325
Yolanda Rodríguez	M	ULA	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325
Mirabelly B. López	M	01-015712-1	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325
Blanca Rivas	F	085-003444	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325
Yanet Rodríguez	F	001-1305384-4	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325
Yanet Rodríguez	F	402-2000948-9	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325
Yanet Rodríguez	M	071-805643-1	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325
Mirabelly B. López	M	031-0395678-0	Asesora SAT	HAPEU		809-778-7325



*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Mesas para las habitaciones clínicas, quirúrgicas, privadas y cardiológicas.



**Servicio Nacional de Salud
Servicio Regional de Salud Cibao Norte
Hospital Regional Presidente Estrella Ureña**

ACTA CONSTITUTIVA

**COMITÉ DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

Siendo las 10:00 AM horas del día 13 del mes de Enero del año 2026 en la ciudad de Santiago, del municipio Santiago, y provincia Santiago, el director(a) Dr. Miguel A. Ortega Ramos del establecimiento de salud Hospital Regional Presidente Estrella Ureña en cumplimiento al Reglamento Hospitalario, Decreto 434-07 del año 2007, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social convocó a todos los funcionarios responsables en este centro hospitalario conformar el Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente.

Tendrá como objetivo general: Evaluar la calidad de la atención a los usuarios, identificando las principales causas que gestan los problemas relacionados con la falta de calidad de la atención médica con el fin de que los servicios avancen en las propuestas de mejora continua que puedan hacer superar estos problemas.

Estableciendo

Que a partir de la fecha queda formalmente constituido el Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, cuyas funciones básicas son:

- a) Coordinación de la programación anual de las actividades del Comité Hospitalario para la mejora de la calidad.
- b) Convocar a los integrantes del Comité a reuniones ordinarias mensualmente y extraordinarias cuando sea necesario.
- c) Coordinar las reuniones y las acciones inherentes bajo el orden del día previamente programado.
- d) Desarrollar permanentemente programas de capacitación y entrenamientos multidisciplinarios.
- e) Formular, dirigir y coordinar las actividades hospitalarias referentes al Comité, facilitando la participación de todos los miembros del Centro de Salud.
- f) Elaborar, implementar, probar, actualizar y ejecutar planes de mejora.
- g) Coadyuvar en las actividades de planeamiento, organización y evaluación del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente.
- h) Realizar trámites y gestiones para llevar con eficiencia las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité (orden del día, relatoría de acuerdos, lista de participantes en cada reunión, firma de la minuta y documentos).
- i) Tramitar los reportes de evaluación para realizar la entrega a las autoridades correspondientes.

- j) Coordinar la elaboración de los documentos e instrumentos normativos y de operación para la integración y desarrollo de actividades del Comité.

Queda integrado el Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente de la siguiente manera:

Cargo en el Comité	Nombre	Posición	Firma
Coordinador	DR. MIGUEL A. ORTEGA R.	DIRECTOR	
Secretario	LICDA. SARAY MOSCAT	ENCARGADA	
Vocal titular	LICDA. NUESTRA RODRIGUEZ	ENCARGADA	
Vocal titular	DRA. MARIELA RODRIGUEZ	ENCARGADA	
Vocal titular	LIC. RAMON PEREZ	ENCARGADO	
Vocal titular	DRA. ARACELIS ROJAS	ENCARGADA	
Vocal titular	DR. SANDY MONCION	ENCARGADO	
Vocal titular	DR. CARLOS CRUZ	ENCARGADO	
Vocal titular	DRA. ESTHELY ORTEGA	ASISTENTE SUBDIRECCION	
Vocal titular	DR. JORGE BELTRE	ENCARGADO	
Vocal titular	LICDA. YERICA CEPEDA	ENCARGADA	
Vocal titular	DRA. ANABEL RIVERA	ENCARGADA	
Vocal titular	Dr. MANACÉS PEÑA	ENCARGADO	
Vocal titular	LICDA. JORDANIA ALMONTE	ENCARGADA	
Vocal titular	DRA. ARLIN ALMANZAR	ENCARGADA	
Vocal titular	LICDA. JORDANIA ALMONTE	ENCARGADA	
Vocal titular	DR. CARLOS CRUZ	ENCARGADO	
Vocal titular	DR. SANDY MONCION	ENCARGADO	
Vocal titular	DRA. PATRICIA REYES	ENCARGADA	

Firma del Director (a) y sello del Establecimiento de Salud



				Fecha:	21/05/2026
Área o Departamento:		Subdirección Médica.			
Hora de Inicio:	9:40 am	Hora de Término:	11:00 am	Lugar:	Salón de Enfermería

TEMAS DE AGENDA

HRPEU 3.2.2.16 Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente.

- Lectura y seguimiento de la minuta anterior
- Presentación de avances y logros del período
- Seguimiento a la adecuación y reubicación del área de laboratorio
- Seguimiento a las mejoras estructurales en consulta externa (puertas, climatización y mobiliario)
- Colocación de señalización institucional en áreas estratégicas
- Socialización y planificación estratégica con el departamento de Anestesiología y Neonatología
- Espacio para comentarios, preguntas y aportes

Revisión de Acta
Anterior:

SI ☒ No ☐ N/A ☐

DETALLES DE LA REUNIÓN

Luego de agradecer la presencia de los convocados, se dio inicio a la reunión con la lectura y seguimiento de la minuta anterior, verificando el cumplimiento de los acuerdos establecidos y el avance de las actividades programadas en las diferentes áreas institucionales.

Posteriormente, se realizó la presentación de los avances y logros correspondientes al período evaluado. Dentro de los principales puntos abordados, se destacó la implementación del plan piloto de contenedores temporales de basura en áreas estratégicas del centro, con la finalidad de fortalecer la organización del proceso de manejo de residuos hospitalarios. Entre las áreas impactadas se encuentran maternidad, laboratorio, internamiento general y quirófanos, permitiendo una mejor disposición y control de los desechos generados.

Asimismo, se informó sobre la adquisición de nueva maquinaria para el área de laboratorio, lo que ha permitido ampliar la cartera de servicios diagnósticos disponibles, incorporando desde ya la realización de marcadores tumorales dentro de la institución.

En relación con consulta especializada, se indicó que continúan desarrollándose trabajos de adecuación y mejoras estructurales, incluyendo mantenimiento de los sistemas de climatización, cambios de puertas y





reorganización de espacios, con la finalidad de fortalecer las condiciones de atención y comodidad tanto para los usuarios como para el personal.

De igual manera, se destacó la incorporación de colchones nuevos en toda el área de maternidad, así como el levantamiento realizado para identificar las camas hospitalarias que requieren sustitución o intervención, como parte de las acciones orientadas al fortalecimiento de las áreas de hospitalización.

Se informó además que actualmente se encuentran en proceso de remodelación los diferentes stands de enfermería, con el propósito de adecuar los espacios, mejorar la funcionalidad operativa y optimizar las condiciones de trabajo del personal de salud.

En cuanto al área quirúrgica, se señaló que la confección de paquetes de ropa quirúrgica se mantiene de manera constante, garantizando la disponibilidad de insumos necesarios para el funcionamiento continuo de los servicios.

Dentro del seguimiento a la adecuación y reubicación del área de laboratorio, se notificó que el proceso presenta un avance aproximado de un 85%. Actualmente, se trabaja en la instalación del sistema de internet por parte del Departamento de Tecnología, como paso previo para su puesta en funcionamiento.

Asimismo, se dio seguimiento a las mejoras estructurales realizadas en todo el centro como es la pintura de áreas comunes.

En relación con la colocación de señalización institucional, se informó que continúan desarrollándose trabajos de identificación y señalización en distintas áreas estratégicas del centro, fortaleciendo la orientación, organización y restricción de circulación dentro de la institución.

Durante la reunión también se socializaron aspectos estratégicos junto a los departamentos de Anestesiología y Neonatología. En este encuentro se abordaron lineamientos y protocolos relacionados con el proceso de intubación neonatal, además de discutirse aspectos vinculados a la productividad y fortalecimiento operativo del Departamento de Anestesiología.

Finalmente, se abrió un espacio para comentarios, preguntas y aportes por parte de los participantes, donde se plantearon observaciones y sugerencias orientadas a continuar fortaleciendo los procesos institucionales y la calidad de los servicios brindados.

No habiendo otros puntos que tratar, se dio por concluida la reunión.

Acuerdo / Compromiso		Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
				SI	NO
1.	Seguimiento mensual a las mejoras implementadas en las distintas áreas. (continuidad a la adecuación del nuevo espacio para el servicio de laboratorio, área	Dirección / Subdirección	3 meses	☒	☐



	de consulta externa, intervención de plafones				
2.	Continuar la colocación de señalización institucional en áreas estratégicas.	Dirección / Subdirección	3 meses	☐	☒
3.	Implementar el plan estratégico de nutrición hospitalaria.	Dirección / Subdirección / Nutrición	3 meses	☐	☒

Convocados o Representantes		Asistió	No Asistió		Firma
			J	NJ	
1.	Dra. Joamery Tejada	SI ☒ No ☐	☐	☐	<i>Joamery alt. Tejada</i>
2.	Lic. Ramón Pérez	SI ☒ No ☐	☐	☐	<i>Ramón Pérez Durán</i>
3.	Todos los encargados de área	SI ☒ No ☐	☐	☐	Ver listado anexo

J= Justificada, NJ= No justificada

Coordinador de la Reunión:	Dra. Joamery Tejada	<i>Joamery alt. Tejada</i>
Relator:	Dra. Esthely Ortega	<i>Esthely V. Ortega R.</i>

Joamery alt. Tejada
Dra. Joamery Tejada.
Subdirectora.

Dr. Miguel Ortega R.
Dr. Miguel Ortega R.
Director General





Nombre de la Actividad:

HRPEU 3.2.2.16 Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente.

Área Responsable: Subdirección

Fecha: 21/5/2026

Modalidad de la Reunión: ☒ Virtual ☐ Presencial

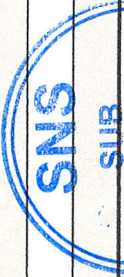
Virtual

Presencial

Lugar/Plataforma: Salon Enfermería

Hora: 9:30:a. m.

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Esthela V. Ortega	F	N/A	Asst. SGA	HRPEU	Esthela Ortega	829-920-2859
Aracelis Rojas	F	031-0262367-3	Enc. Asesor	Auditoria (HPEU)	Aracelis Rojas	Aracelis.rojas@gruaid.com
Soraida Armonde	F	031-0514391-5	Enc. Laboratorio	HRPEU	Soraida	829-221-0712
Patricia Reyes	F	N/A	Coordinadora LAAS	HRPEU	Patricia Reyes	889-605-1454
Maribel Rivera	F	N/A	Enc. Obispa	HRPEU	Maribel Rivera	809-870-0479
Janica Cepeda	F	N/A	Adm.	HRPEU	Janica Cepeda	809-325-2993
Leonor Pérez Durán	M	N/A	Enc. A-U	H.R.P.E.U	Leonor Pérez	849-473-8105
Leonor Pérez	F	N/A	Adm.	HRPEU	Leonor Pérez	809-703-0414
Sandra Mancera	M	N/A	Enc. Asesor	HRPEU	Sandra Mancera	829-601-9865
Mildred Reyes	F	N/A	Ec. Planificación	HRPEU	Mildred Reyes	809-465-7431
Adrian Q. Ambríz	F	N/A	Enc. Asesor	HRPEU	Adrian Q. Ambríz	809-519-4234



SNS
SUB
DIRECCIÓN



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA
DIRECCIÓN

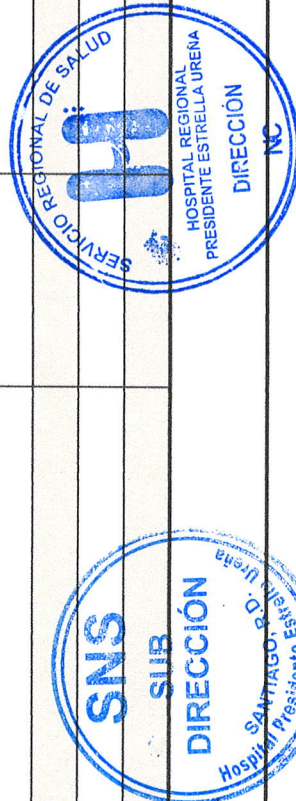
Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

1 | Página

Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Intervención en el área de consultas especializadas





HOSPITAL REGIONAL
PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA

Cambios del plafón



Avenida Imbert, #50, Guabito, Santiago, D.R.
809-295-1197

direcciongeneral@hospitalpresidentestrellaurena.gob.do



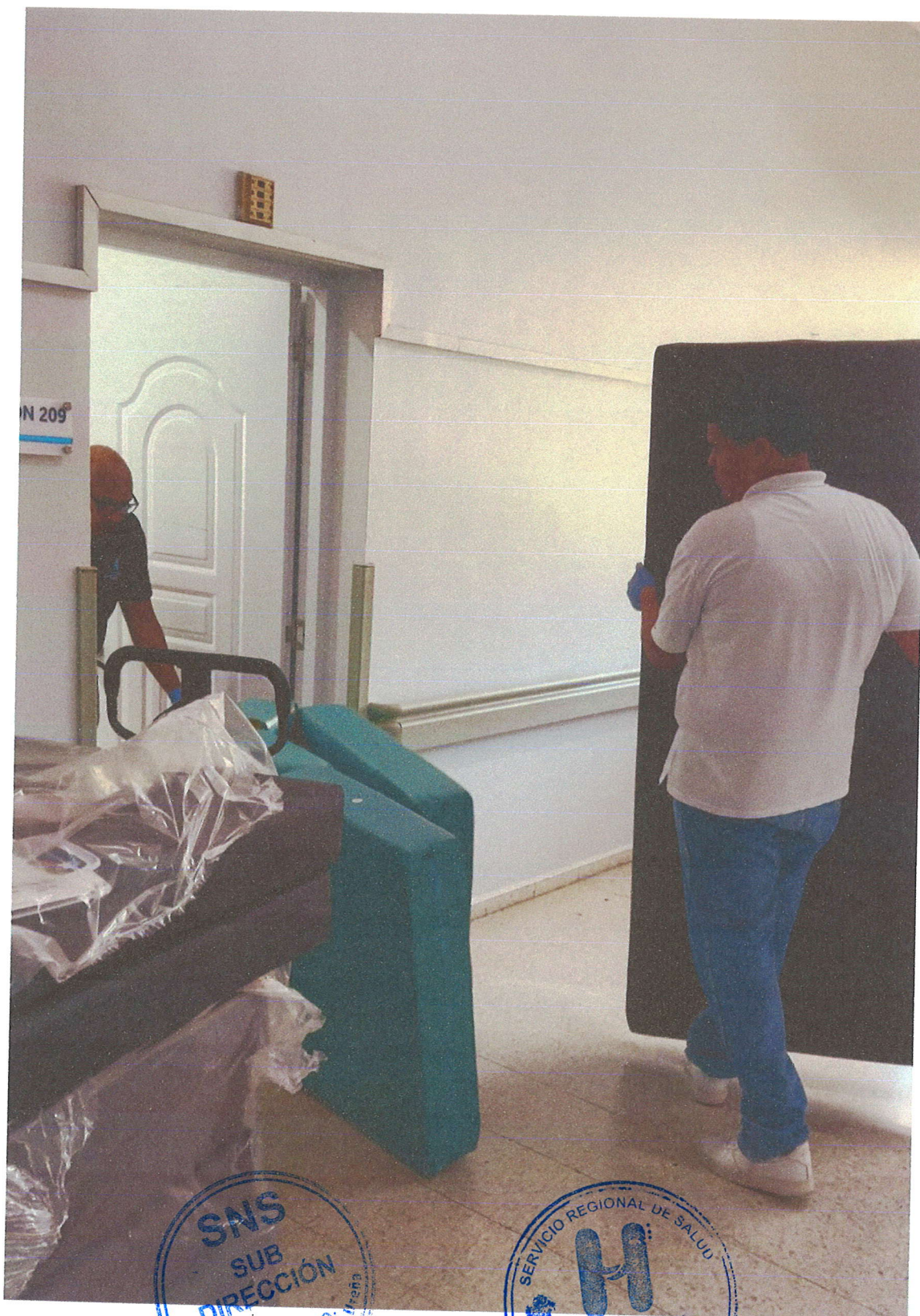
Intervención de las aras de enfermería



Adecuación de área para Laboratorio / toma de muestra



Colchones Nuevos en las ares de maternidad



Socialización con los departamentos anestesiología y neonatología





Lista de Participación para Actividades
DGC-FO-001 Versión: 06
Fecha de aprobación: 27/04/2023

Nombre de la Actividad:

Socialización Departamento de Anestesiología / Neonatología

Área Responsable: Dirección / Subdirección

Modalidad de la Reunión:	Virtual ☐	Presencial ☒
--------------------------	----------------------------------	--

Fecha: 19/5/2026

Lugar/Plataforma: Salon Enfermería

Hora: 9:30:a. m.

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Evangelina Hernandez	F	031-0102977-9	Encargada pto. Materia	HRPEU	[Firma]	evangelina.hg@gmail.com
Anna Britte Sora	F	031-0322232-4	COORDINADORA	HRPEU	[Firma]	ayutierrez@hotmail.com
Yocanna Ventura	F	07100596654	Asesora	HRPEU	[Firma]	yocanna.96@hotmail.com
Yessica Cabil - Ortega	F	031-0440131-1	Asesora	HRPEU	[Firma]	yessica.cabil@gmail.com
Elvira Ramirez	F	05500380735	Asesora	HRPEU	[Firma]	829-643-2011
Florencia	F	031-0412277-9	Asesora	HRPEU	[Firma]	Florencia@gmail.com
Glenn Michel Brera Jimenez	F	047-019264-8	Asesora	HRPEU	[Firma]	glenn_13@hotmail.com
Edwin Vasquez	M	031-0334148-7	Asesora	HRPEU	[Firma]	edwin.vasquez@gmail.com
Elisaveth Ortiz	F	055-000789-8	Asesora	HRPEU	[Firma]	M. B. Trujillo
Edmundo de la Cruz	F	054-0130494-3	Asesora	HRPEU	[Firma]	edmundos.01@gmail.com
Esther V. Ortega	F	N/A	Asesora	HRPEU	[Firma]	829-970-2859




***Instrucciones de llenado:** - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

1 | Página

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

				Fecha:	22/06/2026
Área o Departamento:		Subdirección Médica.			
Hora de Inicio:	10:45 am	Hora de Término:	11:50 am	Lugar:	Salón de Enfermería

TEMAS DE AGENDA

HRPEU 3.2.2.16 Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente.

Registro de asistencia y verificación de quórum/ Palabras de bienvenida e inicio formal de la sesión.

- ✓ Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.
- ✓ Seguimiento a los acuerdos y compromisos previamente establecidos.

Presentación de avances institucionales y proyectos de mejora:

- ✓ Puesta en funcionamiento de la nueva área del Laboratorio Clínico.
- ✓ Incorporación del equipo TOSOH AIA-900 y ampliación de la cartera de servicios diagnósticos.
- ✓ Avances de la segunda etapa de adecuación de las áreas de Pruebas Especiales y Banco de Sangre.
- ✓ Incorporación y distribución de nuevas camas hospitalarias y colchones clínicos.

Socialización de reuniones estratégicas y acciones implementadas para el fortalecimiento de los servicios:

- ✓ Reuniones de coordinación con departamentos médicos.
- ✓ Estrategias para optimizar la atención en consulta externa.
- ✓ Fortalecimiento de la comunicación interdepartamental.
- ✓ Socialización de lineamientos del Servicio Nacional de Salud (SNS) sobre agendas y citas médicas.

Fortalecimiento de los procesos de Enfermería, Esterilización y Bloque Quirúrgico:

- ✓ Elaboración de paquetes de ropa quirúrgica.
- ✓ Fabricación y abastecimiento de gasas hospitalarias.
- ✓ Seguimiento a las acciones de mejora de los procesos de esterilización.

Presentación de resultados de la supervisión realizada por el Servicio Nacional de Salud (SNS):

- ✓ Principales hallazgos.
- ✓ Fortalezas identificadas.
- ✓ Oportunidades de mejora.
- ✓ Acciones de seguimiento.

Proceso de transición de residencias médicas y fortalecimiento de la integración institucional.

Espacio para sugerencias, observaciones y acuerdos.
cierre de la sesión.



Revisión de Acta
Anterior:

SI ☒ No ☐ N/A ☐

DETALLES DE LA REUNIÓN

Siendo las 10:45 a.m., y luego de verificar el quórum correspondiente mediante el pase de lista, se dio formal inicio a la sesión del Comité de Mejora Continua. La actividad fue encabezada por la Dra. Tejada, quien ofreció las palabras de bienvenida y destacó la importancia de mantener espacios periódicos de análisis, seguimiento y evaluación de los procesos institucionales orientados al fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud.

De manera inmediata, se procedió a la lectura del acta correspondiente a la sesión anterior, con el propósito de dar continuidad a los compromisos establecidos y verificar el nivel de avance alcanzado en cada una de las acciones acordadas.

Dentro de los puntos abordados, se presentaron los resultados obtenidos en los trabajos de adecuación y fortalecimiento del Laboratorio Clínico, destacando con satisfacción la culminación y puesta en funcionamiento de esta importante área de servicios diagnósticos. Esta intervención representa un avance significativo para la institución, al permitir ofrecer una atención más eficiente, segura y oportuna a la población usuaria.

Asimismo, se informó sobre la incorporación del equipo automatizado **TOSOH AIA-900**, tecnología de alta precisión que fortalece la capacidad diagnóstica del centro. Gracias a esta nueva maquinaria, el laboratorio amplía su cartera de servicios mediante la realización de pruebas especializadas tales como T3, T4, T4 Libre, TSH, PTH, PSA, PSA Libre, CEA, CA 125, CA 15-3 y CA 19-9, contribuyendo al diagnóstico oportuno, seguimiento clínico y monitoreo de diversas patologías de alta complejidad.

De igual forma, se comunicó al comité el inicio de una segunda etapa de fortalecimiento de los servicios diagnósticos, consistente en la adecuación y reorganización de las áreas destinadas a pruebas especiales y Banco de Sangre. Estas intervenciones tienen como finalidad optimizar los espacios físicos, garantizar el cumplimiento de las normativas de bioseguridad y mejorar las condiciones de trabajo del personal, impactando positivamente en la calidad de los servicios ofrecidos.

Como parte de los avances institucionales orientados a la mejora de la infraestructura hospitalaria y la humanización de los servicios, se presentó la incorporación de cuarenta (40) camas hospitalarias nuevas con sus respectivos colchones clínicos. El proceso de sustitución inició en el área de Maternidad, donde se identificó la necesidad prioritaria de renovación del mobiliario hospitalario. Esta acción permitirá incrementar el confort y la seguridad de las pacientes, mejorar las condiciones de internamiento y fortalecer la calidad de la atención brindada.

Posteriormente, se socializaron los resultados de diversas reuniones estratégicas desarrolladas durante el período, orientadas a la identificación de problemáticas operativas y la implementación de acciones correctivas. Entre ellas, se destacó el encuentro sostenido con los encargados de los departamentos médicos, en coordinación con las áreas de Atención al Usuario, Dirección y Consulta Especializada, con el propósito

de diseñar estrategias que permitan fortalecer la respuesta institucional a la creciente demanda de consultas, optimizar la productividad médica y garantizar una comunicación efectiva entre los diferentes servicios.

Durante esta reunión también fueron socializados los lineamientos emitidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS) relacionados con la gestión de agendas y citas médicas, enfatizando la importancia de garantizar el acceso oportuno de los usuarios a los servicios de salud, disminuir los tiempos de espera, reducir las ausencias a consulta y optimizar la utilización de los recursos disponibles. Asimismo, se reiteró la necesidad de mantener una adecuada coordinación entre los departamentos involucrados para asegurar el cumplimiento de dichos lineamientos y fortalecer la satisfacción de los usuarios.

En otro orden, se informó sobre la reunión realizada entre los departamentos de Enfermería y Esterilización, orientada a consolidar estrategias para la elaboración de paquetes de ropa quirúrgica y la fabricación de gasas hospitalarias. Ambas iniciativas fueron consideradas de gran relevancia para fortalecer la capacidad operativa del Bloque Quirúrgico, garantizar la disponibilidad de insumos esenciales y contribuir a la sostenibilidad de los procesos asistenciales mediante una gestión más eficiente de los recursos institucionales.

Finalmente, se presentaron los resultados obtenidos durante la supervisión integral realizada por el Servicio Nacional de Salud (SNS) durante la semana comprendida entre los días 15 al 19 del mes en curso. Durante esta evaluación fueron revisados múltiples servicios y procesos institucionales, incluyendo Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Facturación, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Bloque Quirúrgico, Epidemiología, Auditoría Médica y áreas administrativas.

Como resultado general de esta evaluación, se destacó positivamente el compromiso institucional evidenciado por el personal, así como la adecuada comprensión y ejecución de los procesos establecidos. A pesar de las limitaciones inherentes a la infraestructura física y a la disponibilidad de recursos económicos, se reconoció la capacidad del centro para desarrollar sus actividades conforme a los estándares requeridos, manteniendo una gestión organizada y orientada a la mejora continua. Estos resultados constituyen un importante reconocimiento al esfuerzo colectivo de todos los colaboradores y reflejan el compromiso permanente con la calidad y la seguridad de la atención.

En este sentido, se exhortó a todo el personal a continuar fortaleciendo la cultura de calidad institucional, manteniendo el apego a los protocolos, procedimientos y normativas vigentes, con el objetivo de consolidar los avances alcanzados y continuar elevando los estándares de atención.

Como parte del seguimiento a las buenas prácticas y al fortalecimiento de los procesos asistenciales, la Dirección y Subdirección coordinarán encuentros periódicos con los distintos niveles de residencias médicas presentes en la institución. Estas reuniones tendrán como propósito identificar oportunidades de mejora, fortalecer y promover el cumplimiento de las normas institucionales, garantizando una adecuada integración de los médicos residentes a los procesos de atención y gestión hospitalaria.

Concluidas las presentaciones, se abrió un espacio para comentarios, sugerencias y propuestas por parte de los miembros del comité, quienes expresaron diversas observaciones orientadas al fortalecimiento de los procesos institucionales y al cumplimiento de los objetivos estratégicos del centro.



No habiendo otros asuntos que tratar, se dio por concluida la sesión a las 11:50 am, agradeciendo la participación y el compromiso de todos los presentes con el fortalecimiento continuo de la calidad de los servicios brindados a la población.

Acuerdo / Compromiso		Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
				SI	NO
1.	Continuar la colocación de señalización institucional en áreas estratégicas.	Dirección / Subdirección	3 meses	☐	☒
2.	Implementar el plan estratégico de nutrición hospitalaria.	Dirección / Subdirección / Nutrición	3 meses	☐	☒
3.	Socialización con los médicos residentes con la finalidad de promover el cumplimiento de las normas institucionales.	Dirección / Subdirección	3 meses	☐	☐

Convocados o Representantes		Asistió	No Asistió		Firma
			J	NJ	
1.	Dra. Joamery Tejada	SI ☒ No ☐	☐	☐	Joamery alt Tejada
2.	Lic. Ramón Pérez	SI ☒ No ☐	☐	☐	Ramón Pérez Durán
3.	Todos los encargados de área	SI ☒ No ☐	☐	☐	Ver listado anexo

J= Justificada, NJ= No justificada

Coordinador de la Reunión:	Dra. Joamery Tejada
Relator:	Dra. Esthely Ortega

Dra. Joamery Tejada.
Subdirectora.

Dr. Miguel Ortega R.
Director General





Nombre de la Actividad:

HRPEU 3.2.2.16 Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente.

Área Responsable: Subdirección

Fecha: 22/6/2026

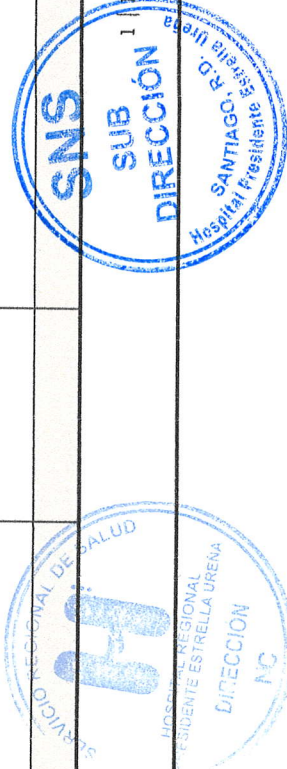
Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 10:30 a. m.

Lugar/Plataforma: Salón de Enfermería

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Yenny Maldonado	F	N/A	Dir. Adm.	HRPEU	[Firma]	809-723-2419
J. Estrella Chiriqui H	F	N/A	Asst. Subd.	HRPEU	[Firma]	809-970-2859
Ramón Korte Doran	M	N/A	Enc. A.V.	H.R.P.F.V	[Firma]	849-473-8105
Adrian J. Almaraz	F	N/A	Enc. Formacion	HRPEU	[Firma]	809-519-4234
Martha Rodriguez	F	031-08765622	Enc. Asst. Subd.	HRPEU	[Firma]	809-804-9775
Yenny Cepeda	F	N/A	Adm.	HRPEU	[Firma]	809-325-2993
Maricela Rodriguez	F	N/A	Epidermiología	HRPEU	[Firma]	829-770-7452
Sondy Mancini	M	N/A	Enc. Bq. q	HRPEU	[Firma]	829-602-9865
Roberto Amante	F	N/A	Enc. Laboratorio	HRPEU	[Firma]	825-221-0717
Guillermo Reyes	F	031-0060367-3	Auditoria	HRPEU	[Firma]	809-939-2693
Talicia Reyes	G	N/A	Coord. IATAS	HRPEU	[Firma]	809-605-4554
Anabel Kibue-Espinoza	F	N/A	Enc. Odontología	HRPEU	[Firma]	807-890-0479

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Se promueve el aprovechamiento de las herramientas tecnológicas para fortalecer la capacidad diagnóstica y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. Como parte de estas acciones, fue adquirido el equipo **TOSOH AIA-900**, permitiendo incorporar nuevas pruebas especializadas como **T3, T4, T4 Libre, TSH, PTH, PSA, PSA Libre, CEA, CA 125, CA 15-3 y CA 19-9**, ampliando la cartera de servicios del laboratorio clínico y facilitando el acceso oportuno a estudios de mayor complejidad para la población usuaria.



Reunion con los dintos depatamentos médicos



Nombre de la Actividad:

Socialización resultados evaluación realizada por el Servicio Nacional de Salud

Área Responsable: Dirección/ Subdirección

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Fecha: 19/6/2026

Lugar/Plataforma: Salun Ginecología

Hora: 10:00 a. m.

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Miguel Ángel Ortega R	M	055-0022222	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-325-0635
Yenny Encarnación	F	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-723-0419
Yenny Encarnación	M	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-473-8105
Yenny Encarnación	F	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-720-2859
Yenny Encarnación	M	0310561981	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-88-3092
Yenny Encarnación	M	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-8457086
Yenny Encarnación	F	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	829-221-0217
Yenny Encarnación	F	401-13747476	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-325-2493
Yenny Encarnación	M	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-989-3758
Yenny Encarnación	F	0310110206	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-848-8930
Yenny Encarnación	F	4025592492	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-370-0806
Yenny Encarnación	M	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-325-9799
Yenny Encarnación	M	1000044618	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	809-325-8410
Yenny Encarnación	F	N/A	Dir. J. J. J.	H. R. P. E. U.	[Firma]	829-770-7452

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

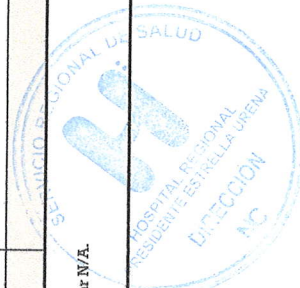


Nombre de la Actividad:		Socialización del Proceso de Fabricación y Preparación de Casas Hospitalarias	
Área Responsable:		Subdirección/Enfermería	
Modalidad de la Reunión:		Virtual	☐ Presencial ☒
Lugar/Plataforma:		Oficina Enfermería	
Fecha:		16/6/2026	
Hora:		1:00 p. m.	

[illegible]

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



HOSPITAL REGIONAL
PRESIDENTE ESTRELLA URFINA
ENFERMERIA
NC



HOSPITAL REGIONAL
PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA

Área de Laboratorio ya puesta en funcionamiento



 Avenida Imbert, #50, Gurabito, Santiago. Rep. Dom
 809-295-1197
 direcciongeneral@hospitalestellauraena.gob.do



Inicio de los trabajos en el area de pruebas especiales / banco de sangre





HOSPITAL REGIONAL
**PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA**

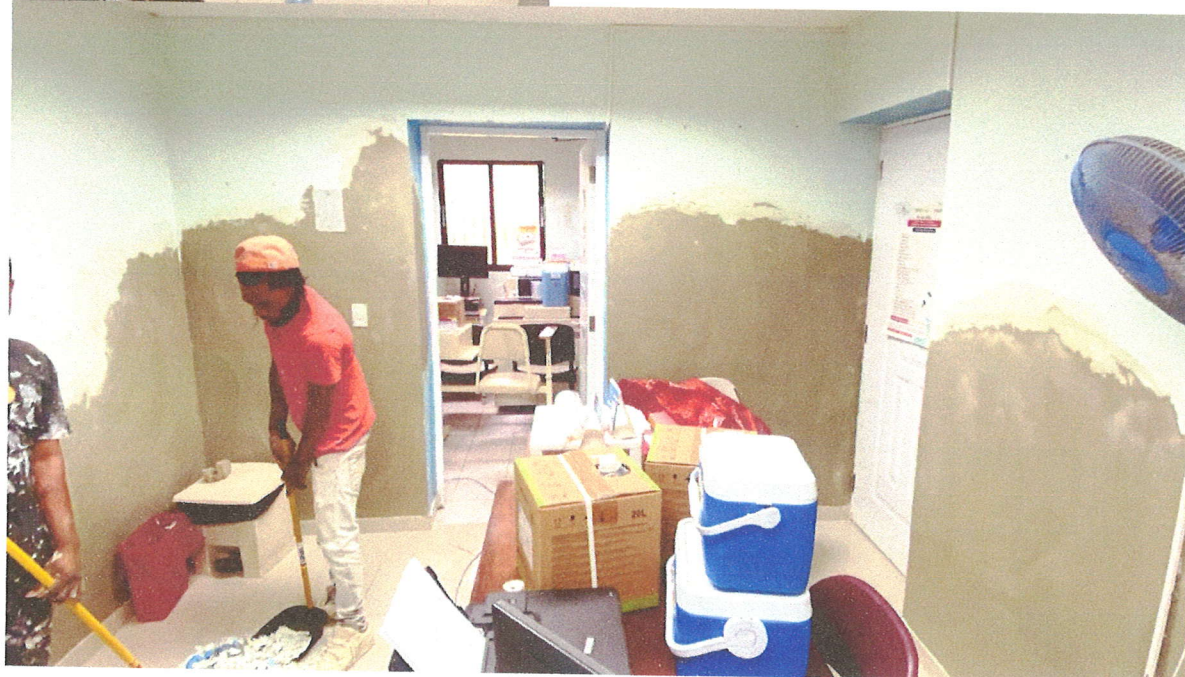
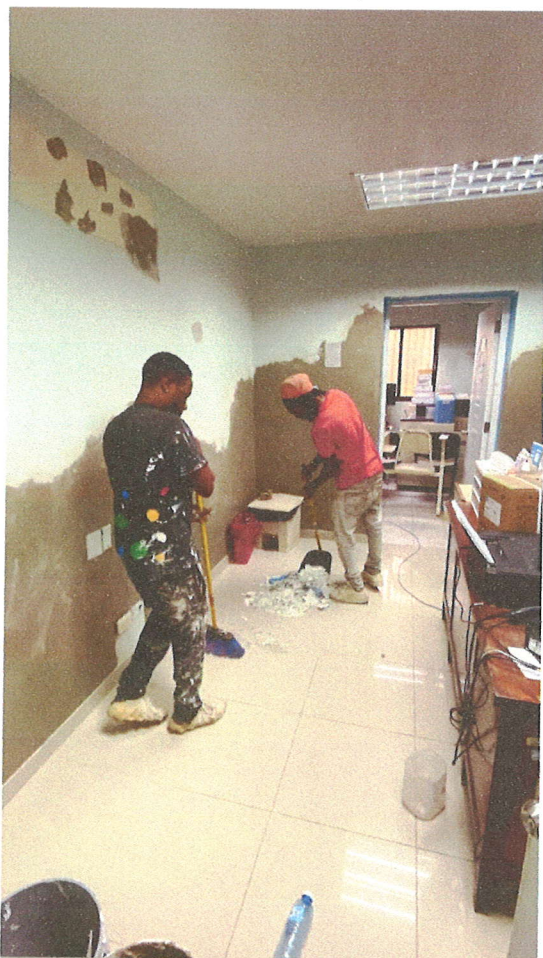


 Avenida Imbert, #50, Gurabito, Santiago. Rep. Dom
 809-295-1197
 direcciongeneral@hospitalestrellaurena.gob.do





HOSPITAL REGIONAL
PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA

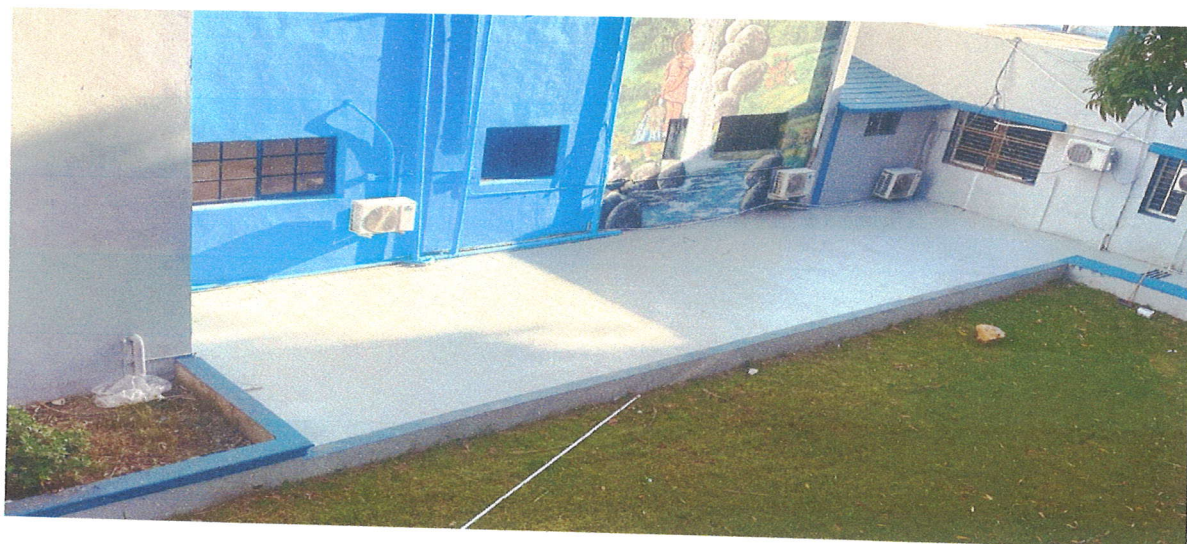




Incorporacion de camas nuevas con sus respectivos colchones



Mantenemos la remoción de cada una de nuestras áreas con la finalidad de mantener un estándar de calidad, así como brindar un servicio y trato humanizado a toda nuestra población usuaria.





HOSPITAL REGIONAL
PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA



📍 Avenida Imbert, #50, Gurabito, Santiago, Rep. Dom
☎ 809-295-1197
✉ direcciongeneral@hospitalestellauraena.gob.do





HOSPITAL REGIONAL
**PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA**



 Avenida Imbert, #50, Gurabito, Santiago. Rep. Dom
 809-295-1197
 direcciongeneral@hospitalestellareuna.gob.do







HOSPITAL REGIONAL
PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA



809-295-1197

direcciongeneral@hospitalestellauraena.gob.do





HOSPITAL REGIONAL
**PRESIDENTE ESTRELLA
UREÑA**



 Avenida Imbert, #50, Gurabito, Santiago. Rep. Dom
 809-295-1197
 direcciongeneral@hospitalestrellaurena.gob.do



Subindicador 3.2.3

Desarrollar y gestionar las competencias de las personas:

Acción de Mejora	Tareas Realizadas	Estado Realización
Realización de Capacitaciones	Como oportunidad de ampliar los conocimientos de los colaboradores, realizamos capacitaciones incentivas el trabajo en equipo y a la entrega de un servicio humanizado, obteniendo nuevos conocimientos, habilidades y herramientas para desempeñar mejor sus funciones.	85%

Subindicador 3.1.7

Gestionar y mejorar los recursos humanos para apoyar la estrategia de la organización:

Acción de Mejora	Tareas Realizadas	Estado Realización
Cumplimiento con la realización de Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias	Dándole continuidad al desempeño llevado a cabo anualmente, las evaluaciones de desempeño y los acuerdos de desempeño, fueron realizadas y evaluados por el Servicio Nacional de Salud.	93%

 Informe de Avances SISMAP Salud	Documento No.: INAP-FOF-029
	Fecha de emisión: 03/07/2024
	Fecha de revisión: N/A
Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas	
Versión: 01	

Institución: Hospital Regional Presidente Estrella Ureña **Fecha:** 01/04/2026

Responsable: Fanny Abreu **Correo Electrónico:** estrell Laurenarh@gmail.com

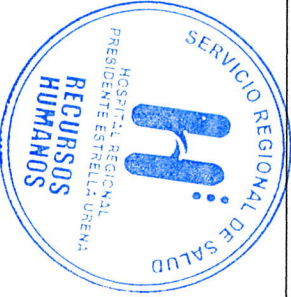
No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Inducción a la Administración Pública I:15 II:15 III:15 IV:15 V:15	Primer trimestre	Logrado	
2	Inducción a la Administración Pública I:20 II:20 III:20 IV:20 V:20	Primer trimestre	Logrado	
3	Trabajo en Equipo	Cuarto trimestre		
4	Manejo de Inteligencia Emocional	Tercer trimestre		
5	Manejo de Estrés	Segundo trimestre		
6	Servicio al Cliente	Segundo trimestre		
7	Humanización de los Servicios de Salud	Segundo trimestre	Logrado	
8	Finanza Personal	Segundo trimestre		
9	Cultura Organizacional	Primer trimestre		
10	Bioseguridad Hospitalaria	Primer trimestre		
11	Diplomado Gerencial	Primer trimestre		

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
11

Programas Logrados
3

% de avance
27


Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello





PLAN DE CAPACITACIÓN 2026

Institución : Hospital Regional Presidente Estrella Ureña
 Ministerio al que pertenece: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)
 Provincia: Santiago
 Sector: Sector que Pertenece

Nomenclatura: INAP-FAC-001

Tipo: Formulario

Versión: 5

Vigencia: 7/7/2023

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APOTE UNITARIO	APORTE TOTAL
1	Curso	Inducción a la Administración Pública	Presencial	I: 15 , II: 15 , III: 15 , IV: 15 , V: 15	Descripción : A través del curso Inducción a la Administración Pública, es necesario dar a conocer el funcionamiento general del Estado dominicano a los servidores públicos, de forma tal, que cuenten con el conocimiento de los procesos y procedimientos generales de las Objetivo General : Al finalizar esta acción formativa, el/la participante estará en la capacidad de identificar los propósitos del Estado, su función administrativa y de gestión, así como, la forma de organización del sector público y sus leyes transversales que le regulan Competencias : Conciencia Social, Pasión por el Servicio al Ciudadano, Innovación	75	Primer trimestre	INAP		0
2	Curso	Inducción a la Administración Pública	Presencial	I: 20 , II: 20 , III: 20 , IV: 20 , V: 20	Descripción : A través del curso Inducción a la Administración Pública, es necesario dar a conocer el funcionamiento general del Estado dominicano a los servidores públicos, de forma tal, que cuenten con el conocimiento de los procesos y procedimientos generales de las Objetivo General : Al finalizar esta acción formativa, el/la participante estará en la capacidad de identificar los propósitos del Estado, su función administrativa y de gestión, así como, la forma de organización del sector público y sus leyes transversales que le regulan Competencias :	85	Primer trimestre	INAP		0

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APORTE UNITARIO	APORTE TOTAL
					Conciencia Social, Pasión por el Servicio al Ciudadano, Innovación					
3	Curso	TRABAJO EN EQUIPO	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Homogeneizar la comprensión de los principios de colaboración interprofesional y comunicación efectiva entre el personal, con el fin de optimizar la coordinación de procesos asistenciales y administrativos . El curso busca fomentar una cultura de responsabilidad compartida y sinergia que minimice errores, acelere la toma de decisiones y mejore el flujo de trabajo , impactando directamente en la seguridad y calidad de la atención al paciente .	70	Cuarto trimestre	OTRO INFOTEP	300	21,000
4	Curso	MANEJO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	Virtual	I: 15 , II: 15 , III: 15 , IV: 15 , V: 15	Con esta capacitación es mejorar la comunicación interpersonal , reducir los conflictos y fomentar un clima laboral positivo y de apoyo que eleva la calidad humana de la atención.	60	Tercer trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,000
5	Curso	MANEJO DE ESTRES	Virtual	I: , II: , III: , IV: , V:	Dotar al personal del Hospital de técnicas y herramientas de gestión emocional y autocuidado basadas en la evidencia, permitiéndoles identificar y manejar eficazmente las fuentes de estrés laboral y emocional inherentes al entorno de salud. El objetivo es mejorar la resiliencia , prevenir el desgaste emocional y mantener el bienestar físico y psicológico , garantizando un rendimiento óptimo y sostenido en la atención al paciente.	60	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,000
6	Curso	SERVICIO AL CLIENTE	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Desarrollar y fortalecer en el personal del Hospital las habilidades de comunicación, empatía y gestión de conflictos para ofrecer una atención de excelencia que supere las expectativas del paciente y sus familiares. El fin último es fidelizar al usuario a través de experiencias positivas y memorables en cada punto de	45	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	13,500

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APORTE UNITARIO	APORTE TOTAL
					contacto, contribuyendo a la imagen, prestigio y calidad integral del servicio de salud.					
7	Curso	HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Sensibilizar y capacitar al personal del Hospital en la aplicación práctica de principios éticos y de comunicación asertiva, con el fin de garantizar una atención centrada en la persona que respeta la dignidad , la autonomía y las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias. El resultado esperado es transformar la experiencia asistencial hacia una más empática y de alta calidad humana .	65	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	19,500
8	Curso	FINANZA PERSONAL	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Proporcionar al personal del Hospital las herramientas y metodologías prácticas necesarias para diagnosticar su situación financiera , gestionar eficientemente sus ingresos y deudas , y establecer un plan de ahorro a corto y largo plazo. El final es reducir el estrés financiero y fomentar la estabilidad económica y el bienestar personal , impactando positivamente en su concentración, productividad y calidad de vida dentro y fuera del entorno laboral.	65	Segundo trimestre	OTRO INFOTEP	300	19,500
9	Curso	CULTURA ORGANIZACIONAL	Virtual	I: , II: , III: , IV: , V:	Objetivo: Capacitar a los participantes para diagnosticar, diseñar y gestionar la Cultura Organizacional, asegurando su alineación estratégica con la misión, visión y valores de la empresa, con el fin de fomentar el compromiso , mejorar el clima laboral y, en última instancia, impulsar la productividad y la consecución de los objetivos de negocio.	62	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,600
10	Taller	BIOSEGURIDAD HOSPITALARIAS	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	El objetivo de este taller es reforzar las seguridad del Hospital para prevenir riesgos o, en su defecto, minimizar aquellos que puedan surgir durante los trabajos del personal en las áreas vulnerables .	55	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	300	16,500

NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APORTE UNITARIO	APORTE TOTAL
11	Diplomado	DIPLOMADO GERENCIAL	Virtual	I: , II: , III: , IV: , V:	Al impartir este diplomado, buscamos reforzar las habilidades del personal que tiene a su cargo colaboradores y de esta manera ayudar a la eficiencia y calidad en el desempeño de sus labores.	60	Primer trimestre	OTRO INFOTEP	300	18,000

APORTE INAP: 0



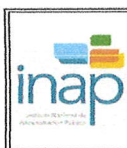
Elaborado por



Revisado por responsable de Recursos Humanos



Aprobado por Maxima Autoridad Ejecutiva

			Listado de asistencia del Participante.		Nomenclatura: INAP-FGC-001 Tipo Documento: Formulario Version: 1 Fecha de Vigencia: 28/01/2019
--	--	--	---	--	--

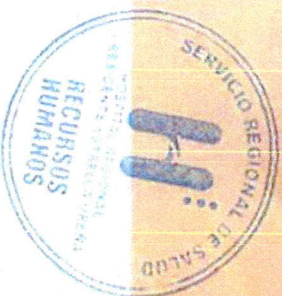
Código:	04-101-7872-26-25-P	Horario:	08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM 08:30 AM / 01:00 PM
Curso:	Inducción a la Administración Pública	Salon:	A definir
Fecha Inicio:	2026-02-24	Facilitador:	Wendy Paulma Peña Báez
Fecha Fin:	2026-03-27	Coordinador:	Yaniris Espinal
Días:	Martes / Miércoles Miércoles / Jueves / /	Institución:	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña
Modalidad:	Presencial	Total de Horas:	18

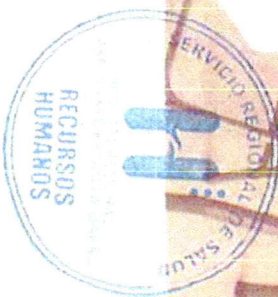
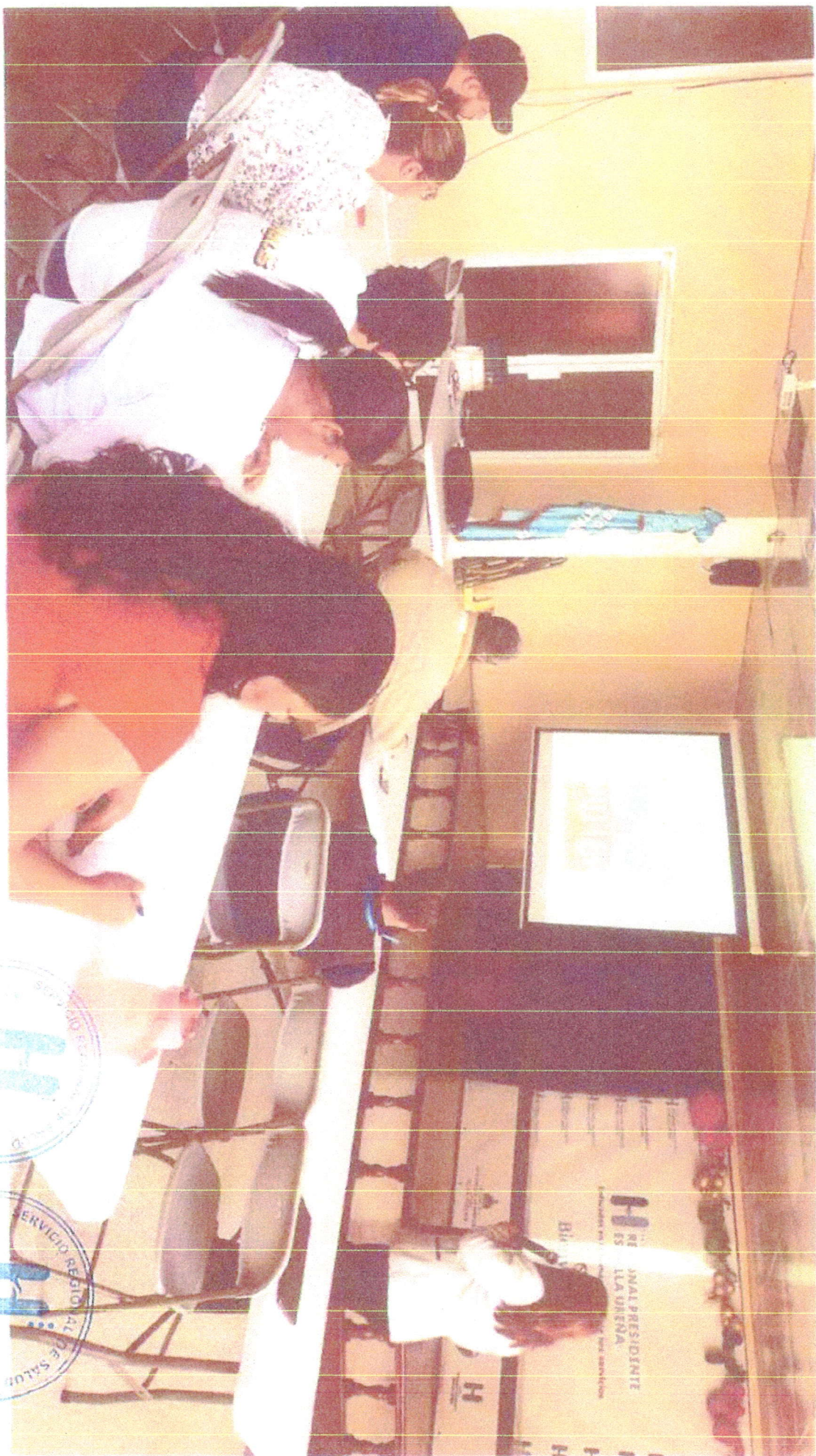
No.	Nombres y Apellidos	Cargo	Grupo	Institución	Genero	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Calificación
1	Betty Ventura	Analista de Recursos Humanos	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		96
2	Marlem Mary Ann Gallurdo Pena	Residente	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	No		88
3	Nicole Holguin		" "		F	Si	Si	Si	Si		97
4	Pedro Samuel Rodríguez Gómez	Medico residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
5	Alejandro Miguel Garcia Rodriguez	Auxiliar Administrativo	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		90
6	Deliana Morel Torres	Auxiliar Administrativo	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
7	Hildania Reyes	Médico residente	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	No	No		20
8	Ranndy Grullon	Medico residente de primer año en anestesiología	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
9	Leonela García Cabrera	Residente de primer año Ginecología y obstetricia	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
10	Felix Isaac Gil Toribio	Medico residente	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	No		20
11	Andrea Virginia Maria Lopez	Médico Residente de primer año	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	No	No		20
12	Walden Enmanuel Tavárez		" "		M	No	No	No	No		20
13	Guillermo Danilo Taveras Rancier	Medico residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		88
14	Luisa Suero	Médico residente de ginecología y obstetricia	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
15	Rachell Sosa Ortega	Médico Residente de Ginecología y Obstetricia	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
16	Leydy Anny Ayala Marte		" "		F	Si	Si	Si	Si		95
17	Lisbeth Rodríguez Fernández	Residente de Medicina Interna	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
18	Renisse Gonzalez	Residente de Medicina Interna	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	No	Si	Si		90
19	Giovanny Collado	Médico residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	No		80
20	Yessica Gómez Almánzar	Médico Residente	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
21	José Ramón Canela Marte	Residente neonatología	"Grupo 1"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		88
22	Henry Cornelio	Encargado de Desarrollo e Implementación de Sistemas	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		90
23	Juan Gabriel Sierra	Soprote Técnico Informático	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	Si		90
24	Junior Ramos	Asistente directivo	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	No	No		20
25	Kendry De Jesus Reyes Garcia	Técnico de Datos Estadísticos	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
26	Paul Sanchez	Auxiliar Administrativo	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	No	No	No	No		20
27	ANA TERESA HERNANDEZ VERAS	Supervisora enfermeria	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	No	No		20
28	Kevin Hernandez		"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95
29	Miledys Rojas Nuñez	Encargado de Planificación y Desarrollo	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		98
30	Saray Alexandra Moscat Vargas	Técnico de Calidad en La Gestión	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	No	No	No	No		20

33	Yerica Cepeda Rodríguez	Encargado Administrativo	"Grupo 5"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
34	Camila Peña Santos	Secretaria	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		95
35	Osmarlin Torres	Técnico de Contabilidad	"Grupo 3"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		90
36	RUTH ESTHER SANTOS POLANCO	Recepcionista	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña Santiago de los Caballeros	F	Si	Si	Si	Si		95
37	Solenny Altagracia Almonte De Pena	BIOANALISTA	"Grupo 2"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	F	Si	Si	Si	Si		98
38	CONSTANTINO ROSARIO MORILLO	Analista de Capacitación y Desarrollo	"Grupo 4"	Hospital Regional Presidente Estrella Ureña	M	Si	Si	Si	Si		95

Hombres	Mujeres	Discapacitados	Carrera	Contratado	Fijos	Carrera Municipal	Contratado Municipal	Publico General	Aprobado	Reprobado	Total
15	23	1	0	23	12	0	0	3	29	9	38

Firma Facilitador	Firma Coordinador



















Nombre de la Actividad:

HRPEU3.2.2.17 CAPACITACION EN HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS

Área Responsable:

RECURSOS HUMANOS / INFOTEP

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Fecha: 20/3/2023

Lugar/Plataforma:

SALON DE MEDICINA INTERNA

Hora: 9:00 a.m.

Participantes			
Nombre	Sexo (F/M)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución
Angie Beltrán Ceval	F	Enc. Sección de Ensayos	HRPEU
Angie Beltrán Ceval	F	Enc. AMHH	HRPEU
William Tinco	M	Unidad G-D	HRPEU
Yolanda Lazo Morales	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Jose Canales	M	J-Neonatalogía	HRPEU
Manuel Roldán	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Olivia A. Oquendo	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Carly Rodríguez	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Angela Hernández	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Andrés Leizaola	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Eulalia Capeda	F	J-Neonatalogía	HRPEU
María Fariñas	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Alma Castellanos	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Julisa García	F	J-Neonatalogía	HRPEU
Bella Rodríguez	F	J-Neonatalogía	HRPEU

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el congresante la requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no se debe completar el campo de firma.

Facilitadora Infotep: Ursula Ponce



Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma
Melina Pérez	F	Osteólogo	Osteólogo	Melina Pérez
Felisa Gil	M	Asesor General	Asesor General	Felisa Gil
Andrea Nolasco	F	Asistente Administrativo	Asistente Administrativo	Andrea Nolasco
Arminio Digne Gualle	F	2a CG (Presidente)	Comité General	Arminio Digne
Marcos Torre Norberto	F	2a Asesoría	Asesoría	Marcos Torre
Pedro S. Lumbay G.	M	2a Asesoría	Asesoría	Pedro S. Lumbay
Tosca Otilio Cossentino	M	2a Asesoría	Asesoría	Tosca Otilio
Yolanda Saenz	F	2a Asesoría	Asesoría	Yolanda Saenz
NAHUMAHENDEL L. LAMARE	M	2a Asesoría	Asesoría	NAHUMAHENDEL L. LAMARE
Sara Rodriguez	F	2a Asesoría	Asesoría	Sara Rodriguez
Florencia Sordy	F	2a Asesoría	Asesoría	Florencia Sordy
Yolanda Lumbay	F	2a Asesoría	Asesoría	Yolanda Lumbay
Emmanuel Minguo	F	2a Asesoría	Asesoría	Emmanuel Minguo
Ediccia Maling	F	2a Asesoría	Asesoría	Ediccia Maling
Yolanda Lumbay	F	2a Asesoría	Asesoría	Yolanda Lumbay
Anabel Ureque	F	2a Asesoría	Asesoría	Anabel Ureque
Arce Alvarado	F	2a Asesoría	Asesoría	Arce Alvarado
Merla Marquez	F	2a Asesoría	Asesoría	Merla Marquez
Yolanda Lumbay	F	2a Asesoría	Asesoría	Yolanda Lumbay
Yolanda Lumbay	F	2a Asesoría	Asesoría	Yolanda Lumbay
Yolanda Lumbay	F	2a Asesoría	Asesoría	Yolanda Lumbay

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones programadas será necesario completar el campo de firma.



Participants

[illegible]

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/KtbxLwGkKGwLISJzpJtMgNPwdLKJxdCMLB?projector=1&messagePartId=0_1



<u>Haveres en quito</u>	Socios de Club	Fecha de inicio:	_____
<u>Vergara River</u>		Fecha de termino:	_____
		Horario:	_____
	Total Horas Programadas:	A pagar	_____

800
NATL

[illegible]

Cofre para la Empresa

Facilitator(s)

 $\text{Answer}(a)$

Encargado(a) da Divisão o Deputado



REPORTE DE EJECUCION DE ACCION DE CAPACITACION

KT-07-FT-ONA-000-005
Edición 9

Código de la Acción de Capacitación:
Nombre de la Acción de Capacitación:
Institución/ Empresa:
Facilitador(a):

30261002144
Humanas y Sociales de Salud
Instituto de Salud

Fecha de inicio: 26.2.26
Fecha de término: 26.2.26
Horario: 9-4 pm
Total Horas Programadas: 9
A pagar: 2

PARTICIPANTES				SEXO	NIVEL	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado		
Nombre(s) y Apellido(s)				F	M	OP	VM/C	Firmas autenticadas de los participantes				C	N/C
			Diego Ugando	/								X	
			Luzmila Jofre	/								X	
			Helén Jofre	/								X	
			Diego Berrio	/								X	
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
Totales													



Contratante de la Empresa

Facilitador(a)

Autor(a)

Encargado(a) de División o Depto.

Humanización del Servicio al Paciente

